

State of Health in the EU France

Profil de santé par pays 2023

La série profils de santé par pays

Les profils de santé par pays produits dans le cadre de l'initiative *State of Health in the EU* (L'état de santé dans l'UE) fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers dans chaque pays, sur fond de comparaisons entre pays. Ils visent à soutenir les décideurs et les influenceurs en leur offrant un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires. Pour la première fois depuis le début de la série, l'édition 2023 des profils de santé par pays introduit une section spéciale consacrée à la santé mentale.

Ces profils ont été préparés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau de la plateforme 'Health Systems and Policy

Table des matières

1. POINTS SAILLANTS	3
2. LA SANTÉ EN FRANCE	4
3. FACTEURS DE RISQUE	7
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ	8
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	11
5.1 Efficacité	11
5.2 Accessibilité	13
5.3 Résilience	16
6. FOCUS SUR LA SANTÉ MENTALE	20
7. PRINCIPALES CONCLUSIONS	22

Monitor', le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé pour leurs observations et suggestions précieuses.

Sources des données et des informations

Les données et informations utilisées dans les profils de santé par pays sont principalement basées sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées 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 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'UE calculées sont des moyennes pondérées des 27 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège.

Ce profil a été finalisé en septembre 2023, sur la base des données accessibles jusqu'à la mi-septembre 2023.

Contexte démographique et socioéconomique de la France, 2022

Facteurs démographiques	France	UE
Population	67 871 925	446 735 291
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	21,0	21,1
Taux de fécondité ¹ (2021)	1,8	1,5
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA ²)	35 769	35 219
Taux de pauvreté relative ³	15,6	16,5
Taux de chômage (en %)	7,3	6,2

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 éliminant les différences de niveaux de prix entre pays. 3. Pourcentage de personnes vivant avec moins de 60 % du revenu disponible équivalent médian. Source: base de données d'Eurostat.

Avertissement : Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments utilisés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE. Les points de vue et opinions exprimés dans les publications de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ne représentent pas nécessairement la politique officielle des organisations participantes. En cas de divergence entre l'ouvrage original en anglais et la traduction, seul le texte de l'ouvrage original doit être considéré comme valable.

Ce travail a été réalisé avec l'aide financière de l'Union européenne. Les opinions exprimées ici ne peuvent en aucun cas être considérées comme reflétant l'opinion officielle de l'Union européenne.

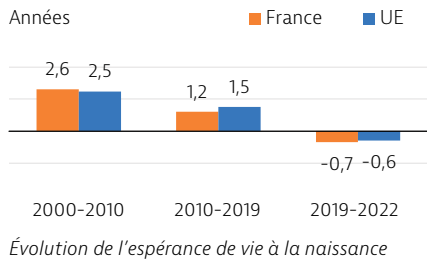
Les noms et la représentation des pays et territoires utilisés dans cette publication sont conformes à la pratique de l'OMS.

Les clauses de non-responsabilité territoriale s'appliquent à l'OCDE. Ce document, ainsi que toutes les données et cartes qu'il contient, ne préjugent pas du statut ou de la souveraineté d'un territoire, de la délimitation des frontières internationales et du nom d'un territoire, d'une ville ou d'une région. D'autres clauses de non-responsabilité spécifiques sont disponibles [ici](#).

Clauses de non-responsabilité territoriale applicables à l'OMS : Les appellations employées et la présentation de ce matériel n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés et en tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord total.

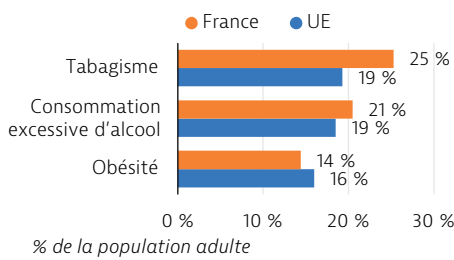
OCDE et OMS (agissant en tant qu'organisation hôte et secrétariat de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) 2023.

1 Points saillants



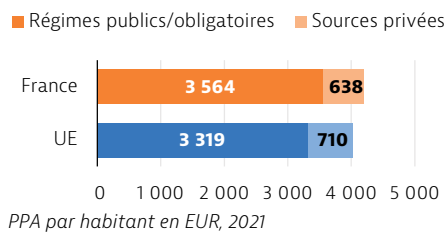
La santé en France

L'espérance de vie en France dépassait la moyenne de l'UE de plus de 1,5 an en 2022, même si elle a diminué de plus de six mois entre 2019 et 2022, principalement en raison de la COVID-19, des mauvaises saisons de grippe et des vagues de chaleur. Même avant la pandémie, l'allongement de l'espérance de vie avait considérablement ralenti entre 2010 et 2019. L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes reste important, les hommes vivant en moyenne près de 6 ans de moins que les femmes.



Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés au comportement sont des facteurs de mortalité majeurs en France, représentant environ un tiers de l'ensemble des décès en 2019. Un quart des adultes fumaient encore quotidiennement en 2021, soit bien plus que la moyenne de l'UE. Alors que la consommation globale d'alcool a diminué, plus d'un adulte sur cinq déclarait une consommation excessive régulière d'alcool en 2019. Les taux d'obésité, bien qu'inférieurs à la moyenne de l'UE, ont augmenté : un adulte sur sept était obèse en 2019.

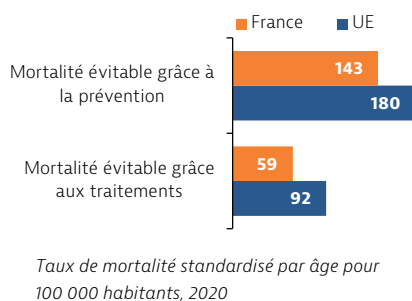


Le système de santé

Les dépenses de santé par habitant en France ne sont que légèrement supérieures à la moyenne de l'UE. Après correction des écarts de pouvoir d'achat, elles atteignaient environ 4 200 EUR en 2021, contre une moyenne de l'UE de 4 030 EUR. En pourcentage du PIB, les dépenses de santé ont atteint 12,3 % du PIB en 2021 – la deuxième proportion la plus élevée de l'UE après l'Allemagne – et plus de 1 point de pourcentage de plus qu'avant la pandémie.

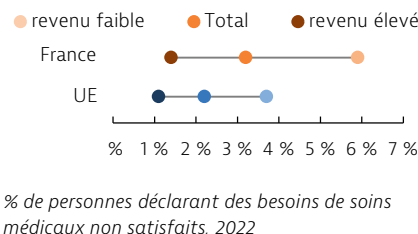
Efficacité

La mortalité évitable par la prévention et les traitements était plus basse en France que dans tout le reste de l'UE. Cependant, la mortalité évitable par la prévention reste plus élevée que certains pays de l'UE (Italie, Suède, Espagne), ce qui laisse penser qu'il est possible d'en faire davantage pour sauver des vies en réduisant les facteurs de risque de cancer et d'autres causes de décès majeures.



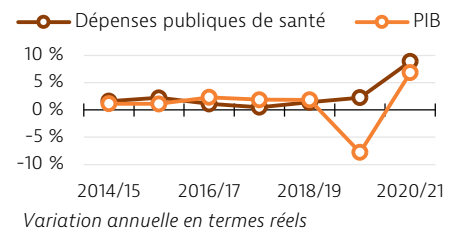
Accessibilité

L'accès aux soins de santé est généralement bon, bien que la pénurie de médecins généralistes dans les zones sous-dotées entrave l'accès aux soins. Les besoins médicaux non satisfaits sont plus importants pour les services moins bien pris en charge par l'Assurance Maladie, tels que les soins dentaires, bien que la couverture publique pour ces soins ait progressé depuis 2021. Pendant la pandémie, le recours aux téléconsultations a contribué à maintenir l'accès aux soins.



Résilience

Au cours des deux premières années de la pandémie, les dépenses publiques de santé ont connu une croissance plus rapide que le PIB, surtout en 2020, où elles ont augmenté plus rapidement que les années précédentes malgré la forte diminution du PIB. La forte augmentation des dépenses publiques de santé en 2021 a été entraînée par les coûts directs liés à la COVID-19 et par le rattrapage des services de santé perturbés en 2020.



Focus sur la santé mentale

Selon les estimations, la prévalence des problèmes de santé mentale en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE. La dépression figure parmi les problèmes de santé mentale les plus courants, et les femmes et les personnes à faibles revenus sont plus susceptibles de déclarer souffrir de dépression. Malgré l'amélioration de la couverture publique de la psychothérapie depuis 2022, des difficultés subsistent en ce qui concerne la disponibilité et la coordination des soins pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés.

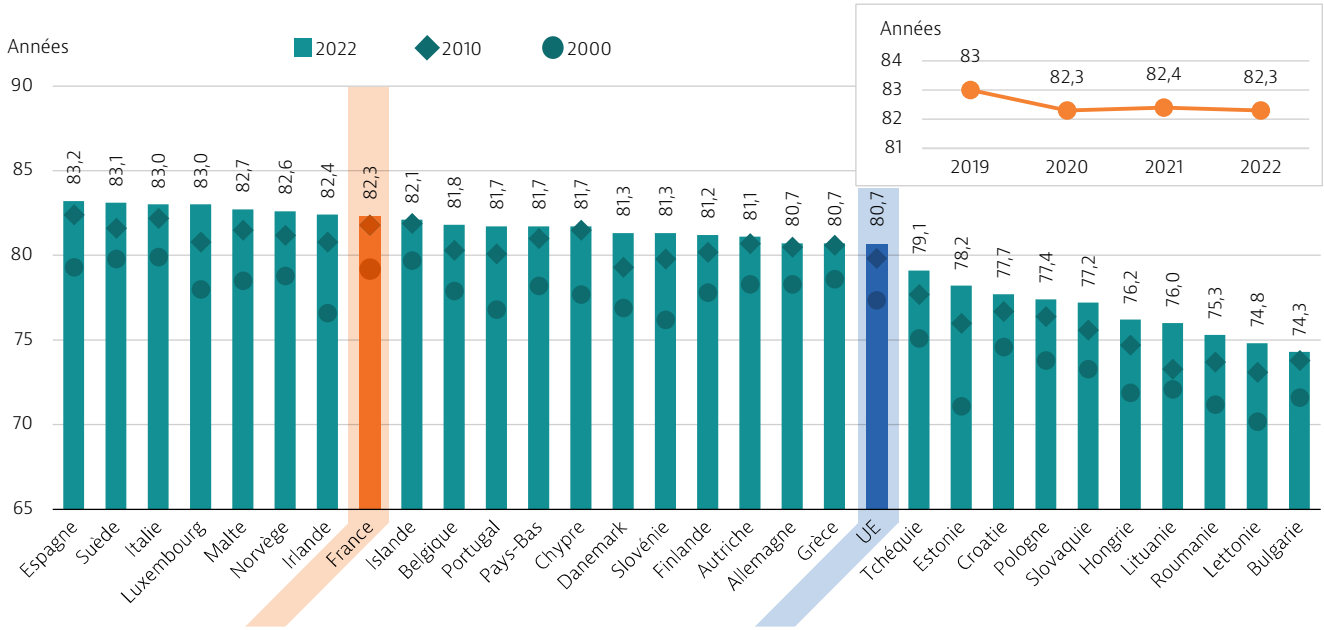
2 La santé en France

L'espérance de vie est nettement supérieure à la moyenne de l'UE, malgré une baisse importante depuis 2020

En 2022, l'espérance de vie à la naissance en France était de 82,3 ans, soit plus de 1,5 an de plus que la

moyenne de l'UE (graphique 1). Elle a reculé de 0,7 an en 2020 en raison des décès dus à la COVID-19 – la plus forte baisse depuis 1945 – et s'est maintenue à ce niveau inférieur en 2021 et 2022.

Graphique 1. Malgré le recul depuis 2020, l'espérance de vie en France reste supérieure à la moyenne de l'UE



Remarques : la moyenne de l'UE est pondérée. Les données de 2022 sont des estimations provisoires d'Eurostat qui peuvent être différentes des données nationales et peuvent faire l'objet d'une révision. Les données pour l'Irlande se rapportent à 2021.
Source : base de données d'Eurostat.

Comme dans d'autres pays européens, en France, l'espérance de vie des femmes a tendance à être plus longue que celle des hommes. En 2022, les Françaises pouvaient espérer vivre jusqu'à 85,2 ans, soit 5,8 ans de plus que les hommes (79,4 ans). Cet écart entre les femmes et les hommes est supérieur à la moyenne de l'UE (5,4 ans).

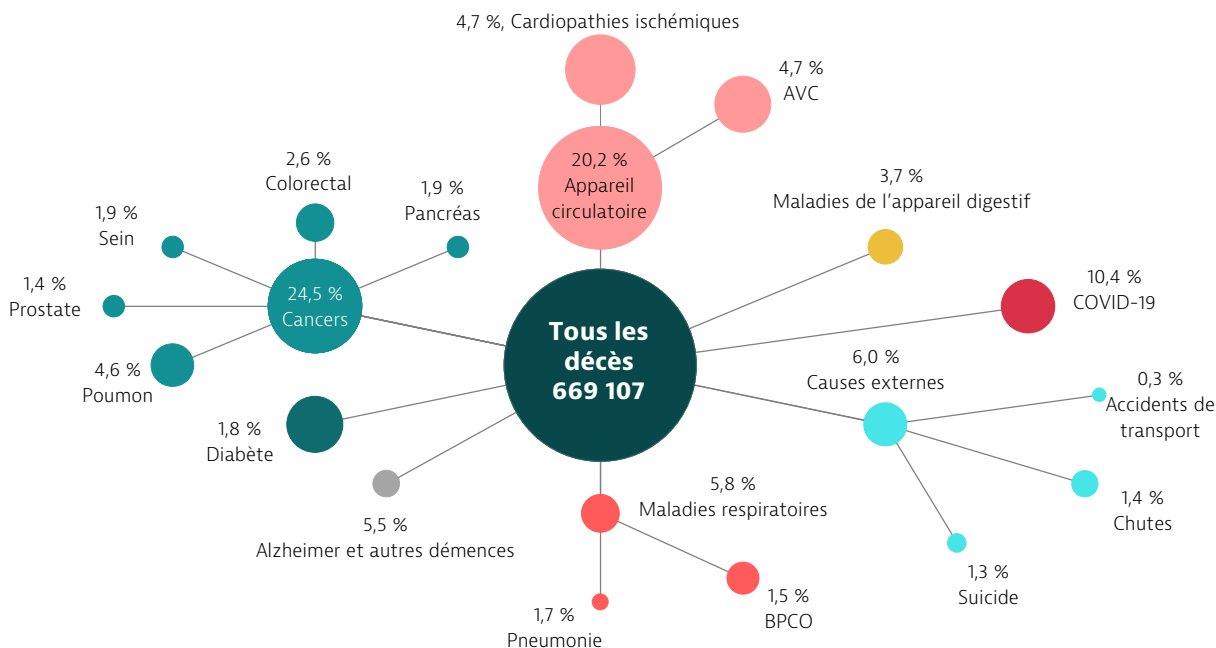
Le cancer, les maladies circulatoires et la COVID-19 ont été les principales causes de décès en 2020

En 2020, les causes de décès majeures en France étaient le cancer, les maladies circulatoires (telles que les accidents vasculaires cérébraux et ischémiques) et la COVID-19 (graphique 2). Au cours de la première année de la pandémie, la COVID-19 a causé environ 69 000 décès, soit plus de 10 % des décès, ce qui en fait la troisième cause de décès. Près de 60 % des décès liés à la COVID-19 en 2020 concernaient des personnes âgées de 85 ans et plus, soit la part la plus élevée de l'UE. La pandémie a également frappé de manière disproportionnée les groupes ethniques minoritaires et les personnes vivant dans les régions défavorisées.

L'indicateur plus large de surmortalité montre que le nombre total de décès en France en 2020, 2021 et 2022 était nettement supérieur à celui des cinq années précédentes (graphique 3).

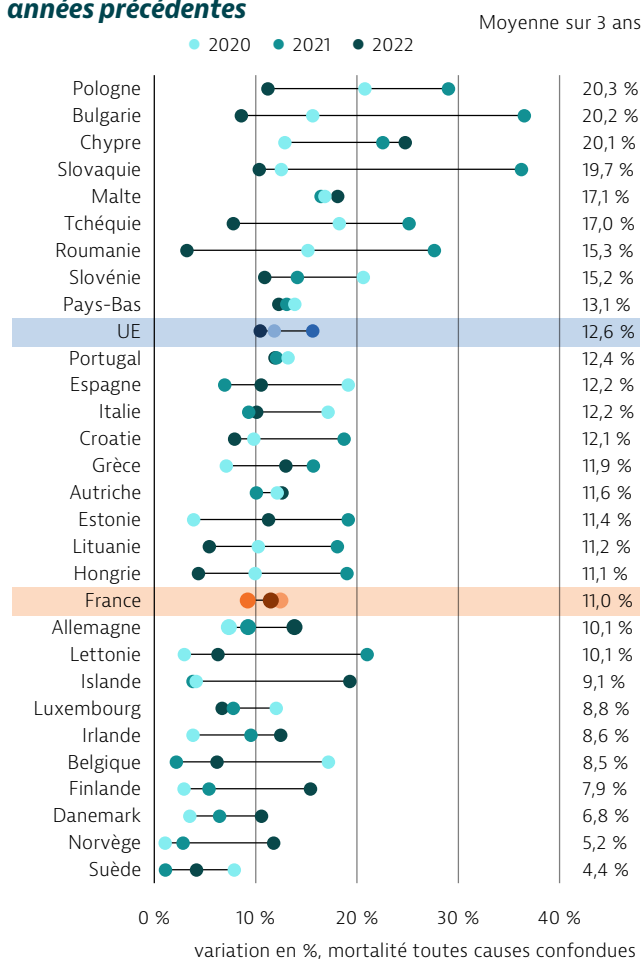
En 2020 et 2021, la surmortalité a été principalement due à la mortalité liée à la COVID-19. Ce fut beaucoup moins le cas en 2022, lorsque d'autres facteurs, dont deux mauvaises saisons de grippe (l'une en mars/avril et l'autre en décembre) et trois vagues de chaleur en été ont entraîné une surmortalité (INSEE, 2023).

Graphique 2. La COVID-19 a été l'une des premières causes de décès en France en 2020



Remarque : la BPCO désigne la bronchopneumopathie chronique obstructive.
Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2020).

Graphique 3. En 2020, 2021 et 2022, la surmortalité en France était supérieure d'au moins 9 % aux cinq années précédentes



Remarque : la surmortalité est définie comme le nombre de décès, toutes causes confondues, dépassant le nombre annuel moyen de décès au cours des cinq années précédant la pandémie (2015-2019).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé basées sur les données d'Eurostat sur la mortalité.

Les femmes vivent une plus grande partie de leur vie après l'âge de 65 ans avec des limitations dans leurs activités

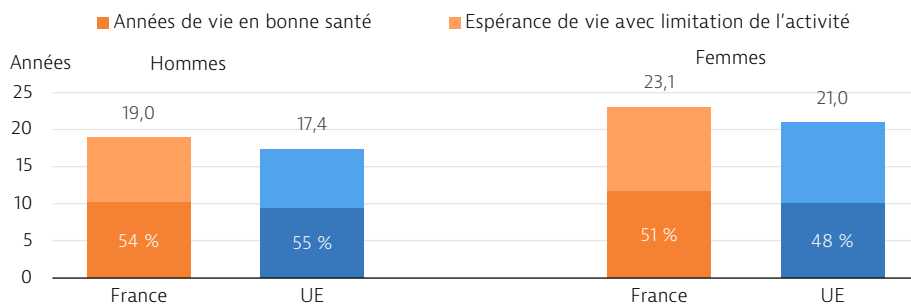
En raison de l'allongement de l'espérance de vie, d'un taux de fécondité inférieur au niveau de remplacement et du vieillissement de la génération du baby-boom, les personnes âgées représentent une part croissante de la population française. En 2020, en France, 20 % de la population était âgée de 65 ans et plus, contre environ 14 % en 1990, et cette part devrait passer à 28 % d'ici à 2050.

En 2020, les femmes âgées de 65 ans pouvaient espérer vivre encore 23,1 ans (plus de 2 ans en plus que la moyenne de l'UE), tandis que les hommes pouvaient espérer vivre encore 19 ans (près de 2 ans en plus que la moyenne de l'UE) (graphique 4). Pour les femmes, environ la moitié de ce temps supplémentaire est vécue sans incapacité ni limitation d'activité, tandis que cette proportion est légèrement plus élevée pour les hommes. Par conséquent, l'écart entre les femmes et les hommes dans le nombre d'années de vie en bonne santé après 65 ans est beaucoup plus faible que l'écart en matière d'espérance de vie.

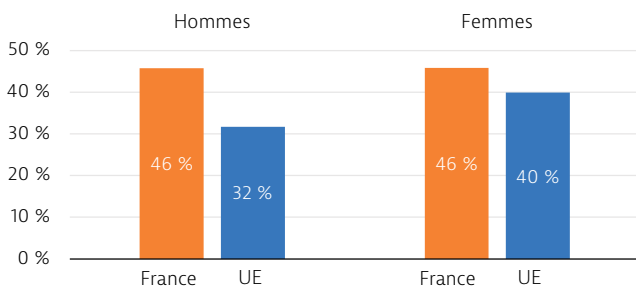
Une proportion égale de Français et de Françaises âgés de 65 ans et plus a déclaré souffrir de plusieurs maladies chroniques en 2020 (46 %) selon l'enquête SHARE. Ce taux est supérieur à la moyenne de l'UE, en particulier pour les hommes. Toutefois, en France, une proportion plus élevée de femmes ont déclaré des limitations dans leurs activités quotidiennes (31 % contre 25 % des hommes), comme dans d'autres pays de l'UE.

Graphique 4. Le nombre de personnes âgées déclarant souffrir de maladies chroniques en France est supérieur à la moyenne de l'UE

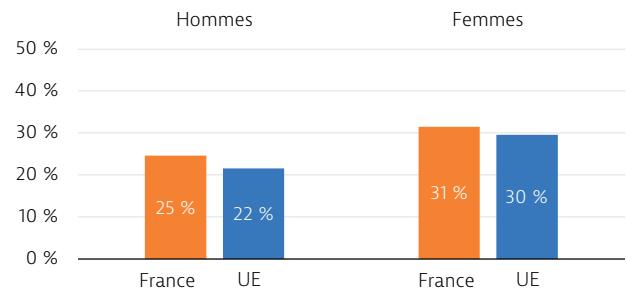
Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans



Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus présentant de multiples maladies chroniques



Limitations des activités quotidiennes chez les personnes âgées de 65 ans et plus



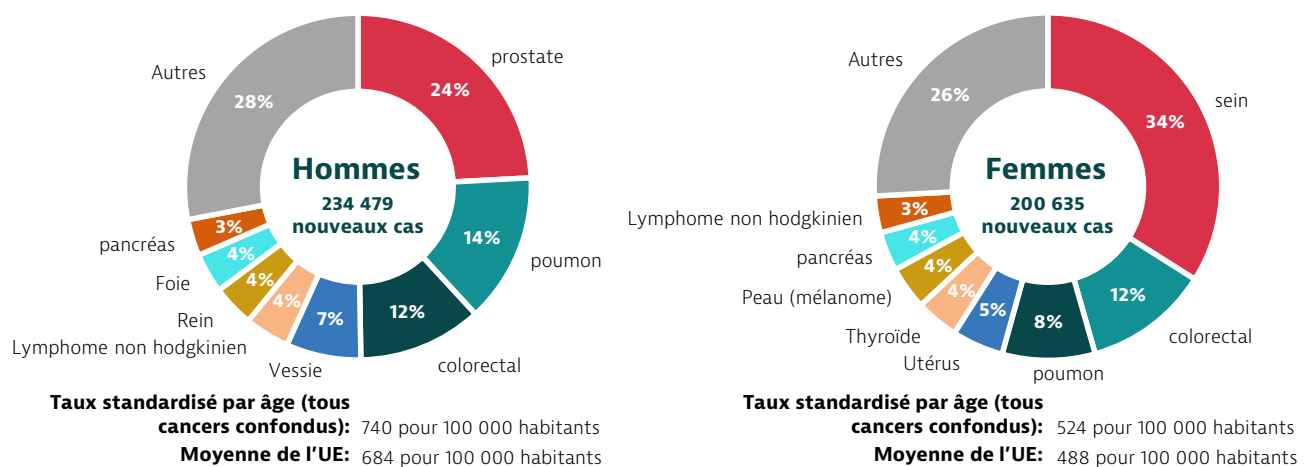
Sources : base de données d'Eurostat (pour l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé) et vague 8 de l'enquête SHARE (pour les maladies chroniques et les limitations des activités quotidiennes). Les données concernent l'année 2020.

L'incidence du cancer est élevée en France

Selon les estimations du Centre commun de recherche, plus de 435 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en 2022. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se faire diagnostiquer un cancer (graphique 5)¹. Les principaux cancers chez les hommes sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal, tandis que chez les femmes, les principaux cancers sont le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du

poumon. Selon l'Institut national du cancer, le nombre total de nouveaux cas a doublé depuis 1990. Cette augmentation est principalement due à la croissance démographique et au vieillissement de la population et, dans une moindre mesure, à l'augmentation du risque de cancer. La France a mis en place plusieurs plans nationaux au cours des vingt dernières années afin d'améliorer la prévention et le traitement des cancers (voir section 5.1).

Graphique 5. En 2022, plus de 435 000 diagnostics de cancer étaient attendus en France



Remarques : le cancer de la peau non mélanome n'est pas pris en considération ; le cancer de l'utérus ne comprend pas le cancer du col de l'utérus.
Source : ECIS – Système européen d'information sur le cancer

¹ Selon l'Institut national français du cancer, le nombre estimé de cas de cancer est encore plus élevé chez les hommes et plus faible chez les femmes que les estimations du Centre commun de recherche.

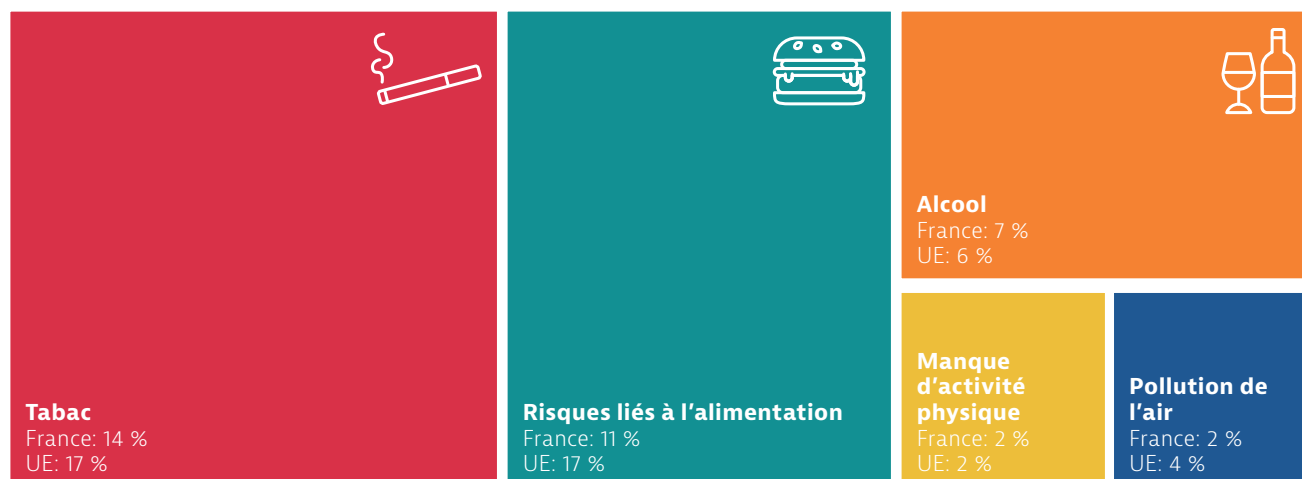
3 Facteurs de risque

Les facteurs de risques comportementaux et environnementaux sont des vecteurs majeurs de mortalité en France

Historiquement, la France se situe derrière les autres pays d'Europe occidentale en matière d'investissement dans la promotion de la santé et dans la prévention des maladies. Environ 33 % des décès en 2019 pouvaient être imputés à des facteurs

de risque liés au comportement tels que le tabagisme, les risques liés à l'alimentation, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. L'exposition à la pollution de l'air par les particules fines (PM_{2,5}) et l'ozone a, à elle seule, également un effet non négligeable sur le nombre de décès chaque année (graphique 6).

Graphique 6. Le tabac, les risques liés à la nutrition et l'alcool sont des facteurs de mortalité majeurs en France



Remarques : le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement, car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés à la nutrition comptent 14 composantes, comme une faible consommation de fruits et de légumes et la consommation de boissons à teneur élevée en sucre. La pollution de l'air fait référence à l'exposition aux PM_{2,5} et à l'ozone.

Source : IHME (2020), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2019).

Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool chez les adultes demeurent élevés

La proportion de fumeurs chez les adultes en France a diminué au cours des vingt dernières années, passant de 30 % en 2010 à un peu plus de 25 % en 2020, et est restée stable en 2021. Toutefois, cette proportion reste plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE (graphique 7). Si les Français sont plus nombreux que les Françaises à fumer (28 % contre 23 %), la proportion de fumeuses est la plus élevée des pays de l'UE. Plus positivement, le tabagisme régulier chez les jeunes de 15 ans a diminué ces dix dernières années (pour atteindre 12 %) et était inférieur à la moyenne de l'UE (17 %) en 2022.

Plus d'un adulte sur cinq (21 %) déclarait avoir une consommation excessive d'alcool en 2019, soit une proportion plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE². La consommation globale d'alcool chez les adultes a diminué depuis 2000, mais est restée supérieure de 6 % à la moyenne de l'UE en 2021. Plus

positivement, la proportion des jeunes de 15 ans qui déclarent avoir été en état d'ivresse plus d'une fois a considérablement diminué ces dix dernières années : elle est passée de 22 % en 2010 à 13 % en 2022, soit moins que la plupart des autres pays de l'UE.

Le taux d'obésité en France a augmenté mais reste en deçà de celui de la plupart des pays de l'UE

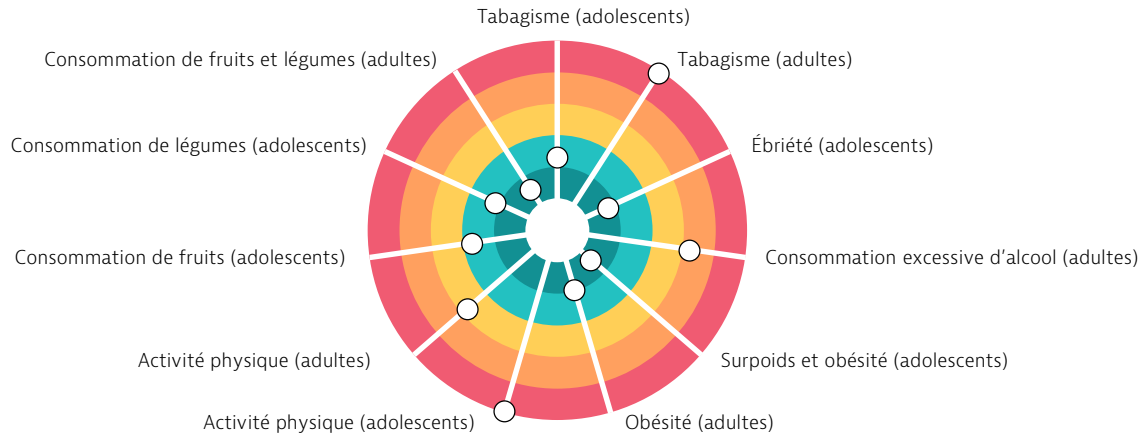
Selon des données autodéclarées, le taux d'obésité chez les adultes est passé de 9 % en 2000 à 14 % en 2019, un niveau qui reste inférieur à la moyenne de l'UE³. Le taux d'obésité est presque deux fois plus élevé chez les adultes ayant un niveau d'éducation inférieur à celui de l'enseignement supérieur. Le taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 15 ans a également augmenté, passant de 10 % en 2010 à 16 % en 2022, mais reste également inférieurs à celui de la plupart des pays de l'UE.

Une alimentation déséquilibrée est le principal facteur contribuant au surpoids et à l'obésité. Si la proportion

² On entend par « consommation excessive » le fait pour un adulte de consommer six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion.

³ Sur la base de la mesure réelle de la taille et du poids des personnes, le taux d'obésité chez les adultes est plus élevé, mais il a légèrement diminué, passant de 17 % en 2006 à 16 % en 2017.

Graphique 7. Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool chez les adultes restent des problèmes de santé publique importants en France



Remarques : 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.

Sources : calculs de l'OCDE fondés sur l'enquête HBSC 2022 pour les indicateurs concernant les adolescents; et EHIS 2019 pour les indicateurs concernant les adultes (à l'exception du tabagisme chez les adultes, qui provient d'une enquête nationale de 2021).

d'adultes qui déclarent manger au moins cinq portions de fruits ou légumes par jour est plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE, elle n'était que de 20 % en 2019. En 2022, environ deux tiers des jeunes de 15 ans déclaraient ne pas manger de fruits ou de légumes tous les jours.

Le niveau d'activité physique chez les adolescents en France est l'un des plus faibles de l'UE

Le manque d'activité physique contribue également au surpoids et à l'obésité. La proportion de jeunes

Français déclarant avoir au moins une activité physique modérée tous les jours était la deuxième plus faible des pays de l'UE en 2022, après l'Italie. Cette tendance est particulièrement marquée chez les filles : seulement 6 % des filles de 15 ans déclaraient exercer une activité physique au moins modérée, contre 15 % des garçons. En outre, 27 % seulement des adultes ont consacré au moins 150 minutes par semaine à une activité physique modérée en 2019, soit une proportion inférieure à celle de nombreux autres pays.

4 Le système de santé

Le système de santé français est centralisé, certaines responsabilités étant dévolues aux régions

Le système de santé français repose principalement sur un système d'assurance maladie (l'Assurance Maladie), où l'État joue, traditionnellement, un rôle de premier plan. Bien que les agences régionales de santé aient contribué plus largement au pilotage de l'offre de soins de santé – et en particulier de soins hospitaliers – à l'échelle locale depuis 2009, le système d'assurance maladie et le gouvernement central jouent un rôle prépondérant dans l'organisation du système de santé et dans la définition de ses conditions de fonctionnement. En outre, au cours des vingt dernières années, l'État s'est davantage investi dans le contrôle des dépenses de santé financées par le système d'assurance maladie en fixant un objectif national de dépenses d'assurance maladie.

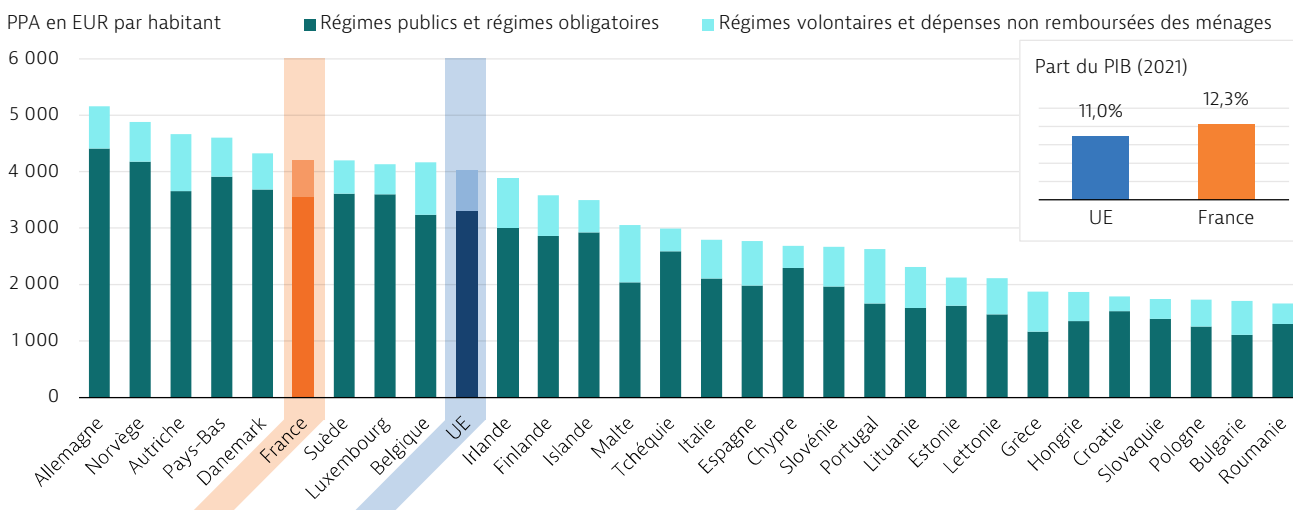
Les dépenses de santé en France sont plus élevées que la moyenne de l'UE

En 2021, les dépenses de santé en France représentaient 12,3 % du PIB, soit la deuxième proportion la plus élevée de l'UE après l'Allemagne, et supérieure à la moyenne de l'UE (11,0 %). Il s'agissait du niveau le plus élevé enregistré en France, en hausse de plus de 1 point de pourcentage par rapport au niveau d'avant la pandémie, principalement sous l'effet de l'augmentation substantielle des dépenses publiques de santé au cours des deux premières années de la pandémie⁴.

En 2021, les dépenses de santé françaises par habitant étaient les cinquièmes plus élevées de l'UE, avec 4 202 EUR (corrigés des différences de pouvoir d'achat) par rapport à la moyenne de l'UE de 4 030 EUR (graphique 8).

⁴ En 2022, les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont légèrement diminué pour s'établir à 11,9 %, la croissance économique ayant dépassé celle des dépenses de santé (DREES, 2023a).

Graphique 8. Les dépenses de santé par habitant de la France sont plus élevées que dans la plupart des pays de l'UE, mais nettement inférieures à celles de l'Allemagne



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (les données concernent l'année 2021, sauf pour Malte : 2020).

Depuis 1996, l'augmentation annuelle des dépenses d'assurance maladie est contrôlée par des objectifs nationaux appelés «ONDAM» (objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie). La pandémie de COVID-19 a toutefois grevé le budget de la santé (encadré 1). Les dépenses publiques de santé en termes réels ont augmenté de 2,3 % en 2020 et de 8,9 % en 2021, avant de revenir à un taux de croissance d'environ 2 % en 2022 selon les dernières estimations nationales (DREES, 2023a).

La France consacre un montant quasi identique aux soins hospitaliers et ambulatoires

Les soins ambulatoires (y compris les soins de premier recours, les soins spécialisés et les soins dentaires) et les soins hospitaliers sont les deux plus grands postes de dépenses de santé, représentant 28 % et 27 % du total en 2021 (graphique 9). Les médicaments et dispositifs médicaux dispensés hors de l'hôpital ont également absorbé une part considérable des ressources de santé, avec 19 % des dépenses de santé, tandis que les soins de longue durée ont représenté 16 %.

Les dépenses affectées à la prévention ont fortement augmenté pendant la pandémie et ont représenté 5,5 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2021. Elles ont diminué en 2022, même si elles sont restées supérieures au niveau habituel d'environ 3 % avant la pandémie (DREES, 2023a).

Le système d'assurance maladie français couvre la totalité de la population

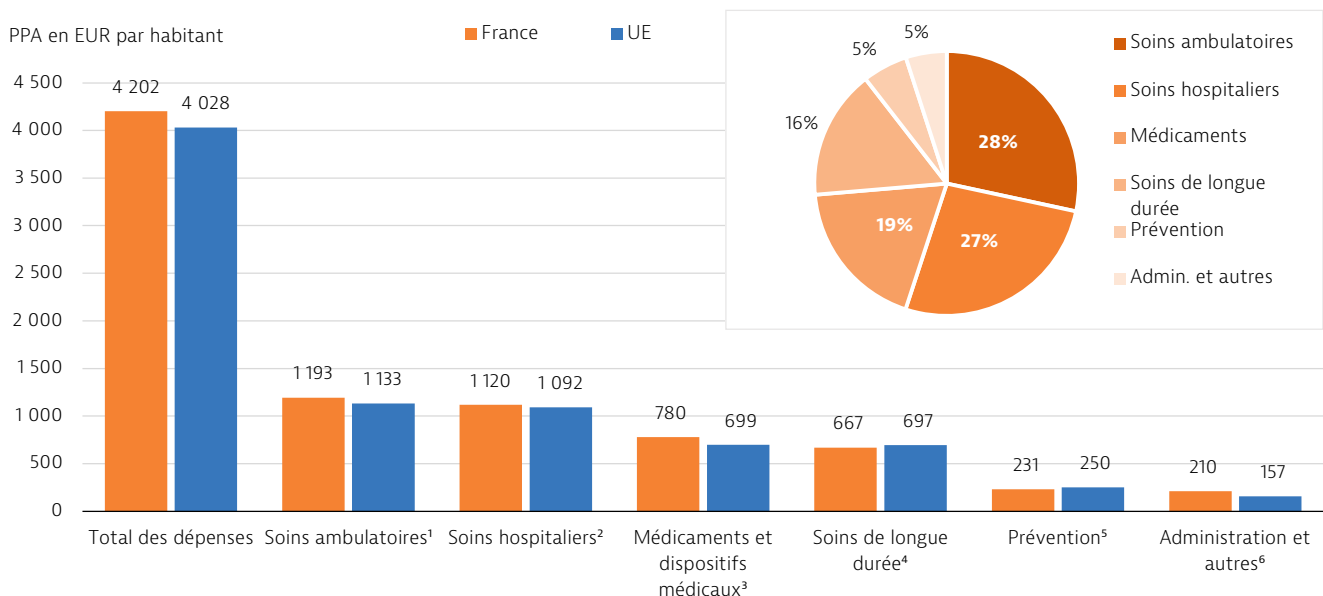
Le système d'assurance maladie français couvre toute la population sur la base du lieu de résidence, par l'intermédiaire de différents régimes obligatoires. Les recettes des soins de santé proviennent des cotisations de sécurité sociale, des impôts sur le

Encadré 1. La pandémie de COVID-19 a eu une incidence majeure sur les dépenses de santé en France

Le gouvernement a engagé des dépenses exceptionnelles pour contribuer à la réponse du système de santé face à la pandémie. En 2020, le coût supplémentaire lié à la pandémie de COVID-19 a été estimé à 18 milliards d'EUR (Comité d'alerte sur l'évaluation des dépenses d'assurance maladie, 2022). Il s'agit notamment des dépenses directes telles que le coût des masques, des équipements de protection individuelle et des tests, des coûts supplémentaires liés au recrutement de personnel dans les hôpitaux et les maisons de retraite, ainsi que des primes exceptionnelles. Il s'agit également des dépenses indirectes telles que les allocations de maladie dérogatoires, c'est-à-dire les paiements aux personnes qui n'ont pas été en mesure de travailler en raison des mesures de confinement et le soutien aux professionnels de la santé indépendants qui ont perdu des revenus en raison de la réduction de leur activité. Les dépenses supplémentaires d'assurance maladie, liées au déploiement continu des mesures de lutte contre la COVID-19 (y compris le dépistage et la vaccination), ont été estimées à 17,4 milliards d'EUR en 2021 et à 11,7 milliards d'EUR en 2022 (Comité d'alerte sur l'expansion des contrôles d'assurance maladie, 2023).

Remarque : d'autres calculs fondés sur une couverture différente des soins de santé ont révélé que les coûts supplémentaires liés à la pandémie avaient atteint 14,8 milliards d'EUR en 2020 (DREES, 2022a).

Graphique 9. Les dépenses de santé vont en majorité aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires



Remarques : 1. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires (par exemple, le transport des patients). 2. Inclut les soins curatifs et de réadaptation dispensés à l'hôpital ou dans d'autres établissements. 3. Inclut uniquement la consommation non hospitalière. 4. Inclut uniquement la composante «santé». 5. Inclut uniquement les dépenses consacrées aux programmes de prévention structurés. 6. Inclut la gouvernance et l'administration du système de santé ainsi que d'autres dépenses. La moyenne de l'UE est pondérée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé (les données concernent l'année 2021).

revenu, des taxes sur la valeur ajoutée et d'autres sources telles que les taxes sur le tabac et l'alcool. La quasi-totalité de la population (95 %) dispose d'une assurance santé complémentaire, qui sert essentiellement à couvrir le ticket modérateur et les restes à charge des produits et prestations de santé mal remboursés par l'assurance maladie, notamment les lunettes et les soins dentaires (même si, depuis 2021, la couverture publique des soins dentaires et optiques s'est considérablement améliorée (voir section 5.2)). En 2021, les régimes d'assurance maladie complémentaire publique et privée obligatoire ont financé 85 % de l'ensemble des dépenses de santé en France, soit un niveau supérieur à la moyenne de l'UE (81 %)⁵.

Le nombre de lits d'hôpital n'a cessé de diminuer en France depuis les années 2000

En 2021, la France comptait 5,7 lits d'hôpital pour 1 000 habitants, soit un taux inférieur à celui de l'Allemagne (7,8 pour 1 000), mais supérieur à la moyenne de l'UE (4,8 pour 1 000). La diminution persistante du nombre total de lits dans les hôpitaux depuis les années 2000 est liée à plusieurs tendances : une diminution du nombre de lits réservés aux hospitalisations de longue durée; une augmentation importante des hospitalisations de jour (contribuant à une forte diminution de la durée du séjour après intervention chirurgicale dans les hôpitaux); une augmentation des hospitalisations à domicile, principalement dans les soins périnataux et palliatifs; et une diminution du nombre de lits

réservés aux soins de longue durée dans les hôpitaux, liée au développement des maisons de retraite pour personnes âgées.

La densité de médecins est inférieure à la moyenne de l'UE, tandis que la densité d'infirmiers est proche de la moyenne

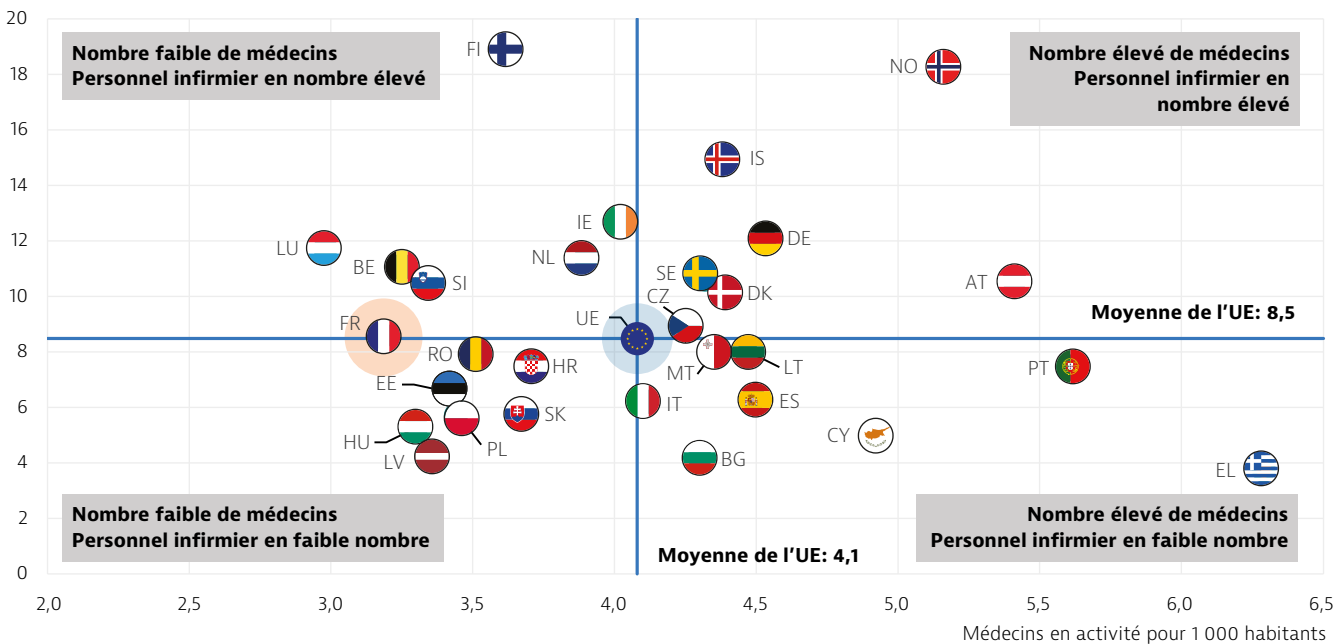
Si le nombre de médecins par habitant a augmenté dans la plupart des pays de l'UE ces dix dernières années, il est resté stable en France. En conséquence, il est désormais nettement inférieur à la moyenne de l'UE, avec 3,2 médecins pour 1 000 habitants en 2021, contre 4,1 pour 1 000 dans l'ensemble de l'UE (graphique 10). La proportion de médecins généralistes a diminué au fil du temps, ce qui s'est traduit par des pénuries croissantes de médecins généralistes dans certaines régions. Le gouvernement a pris des mesures pour remédier à ces «déserts médicaux» (voir section 5.2).

Le nombre d'infirmiers en activité en France en 2021 (8,6 pour 1 000 habitants) était proche de la moyenne de l'UE (8,5 pour 1 000). Depuis la pandémie, le gouvernement a mis en œuvre des mesures visant à attirer et à retenir les infirmiers dans les hôpitaux et à confier davantage de responsabilités aux infirmiers dans les soins de premier recours (voir section 5.2).

5 En France, tous les employeurs du secteur privé doivent offrir à leurs salariés une assurance maladie complémentaire privée financée par les employeurs et les salariés.

Graphique 10. Le nombre de médecins pour 1 000 habitants est inférieur à la moyenne de l'UE, tandis que le nombre d'infirmiers est proche de la moyenne

Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants



Remarques : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les données relatives aux infirmiers incluent toutes les catégories d'infirmiers (pas seulement celles qui répondent à la directive de l'UE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles). 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 Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent en environnement hospitalier.

Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2021 ou l'année disponible la plus proche).

5 Performance du système de santé

5.1 Efficacité

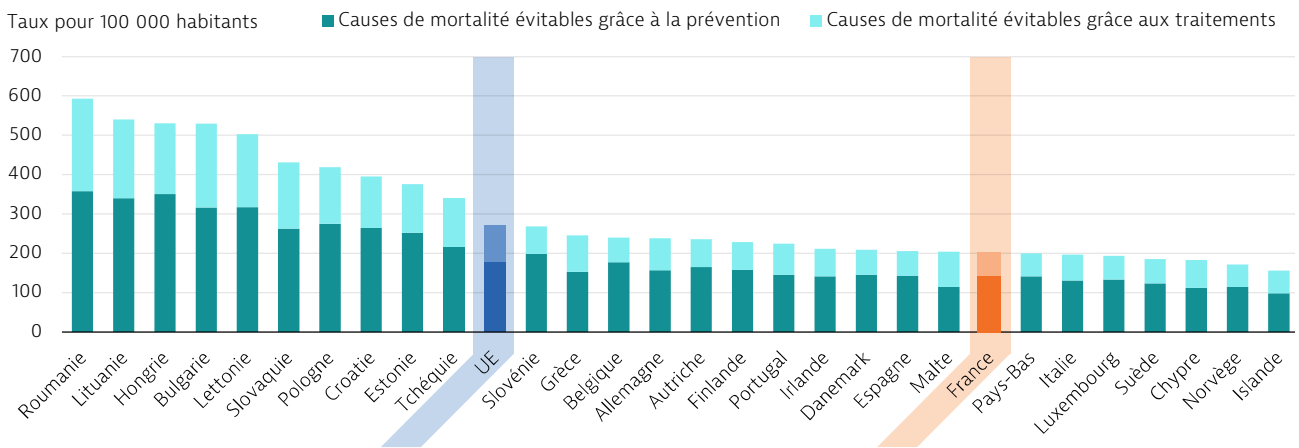
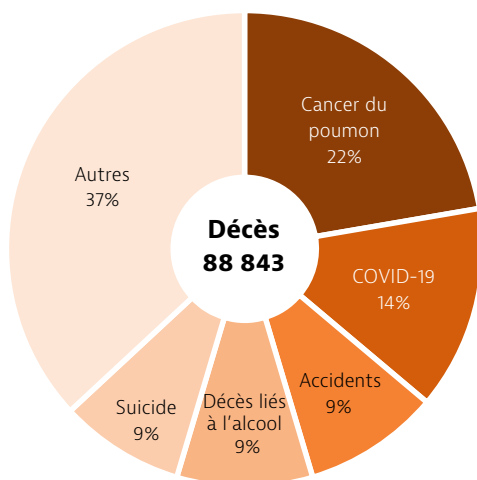
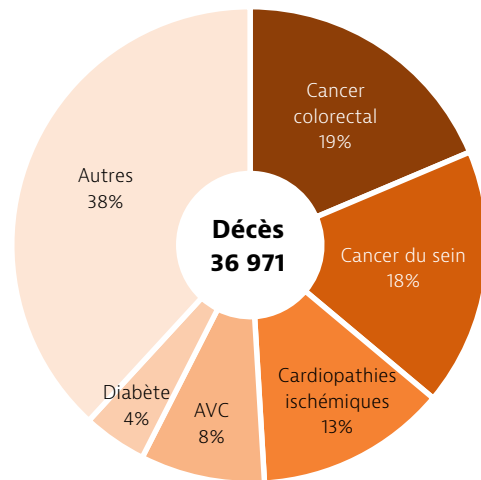
Par rapport au reste de l'UE, la France se positionne bien en matière de mortalité évitable grâce aux traitements et à la prévention

Les taux de mortalité évitable en France figuraient parmi les plus bas de l'UE en 2020 et étaient nettement inférieurs à la moyenne de l'UE (graphique 11). La France a de particulièrement bons résultats en ce qui concerne les causes de mortalité évitables grâce aux traitements, ce qui indique que le système de santé est très efficace pour sauver la vie des personnes atteintes de maladies aiguës. Les causes de mortalité évitables grâce à la prévention sont également inférieures à la moyenne de l'UE, mais la France arrive derrière des pays tels que l'Islande, la Norvège, la Suède et l'Italie. Cette différence est due en partie à un plus grand nombre de décès causés par la COVID-19 en France au cours de la première année de la pandémie.

Une série de mesures ont été adoptées pour réduire le tabagisme, mais des progrès sont encore possibles

Depuis 2014, la France a mis en œuvre un certain nombre de mesures nationales visant à prévenir

le tabagisme et à aider les fumeurs réguliers à arrêter. Ces objectifs ont été revus à la hausse dans le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, dont la ligne directrice est la construction d'une «génération sans tabac». Plus précisément, l'un des objectifs fixés par ce programme est d'arriver, d'ici 2032, à moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes nés après 2014. La France a également adopté d'autres mesures, notamment l'amélioration de la prise en charge des substituts nicotiques depuis 2018, plusieurs augmentations des taxes sur le tabac, une campagne publique #MoisSansTabac et la création d'une application pour aider les fumeurs à arrêter. Les mesures prises entre 2016 et 2020, si elles sont maintenues, devraient permettre d'économiser 578 millions d'EUR par an entre 2023 et 2050, avec un retour sur investissement de 4 EUR pour 1 EUR investi dans ces mesures initiales (OECD, 2023). Depuis 2023, le prix des produits du tabac est lié à l'inflation et le prix d'un paquet de cigarettes devrait atteindre 11 EUR en janvier 2024. Un futur programme national de lutte contre le tabac devrait interdire l'utilisation des cigarettes électroniques en réponse à leur popularité croissante chez les jeunes.

Graphique 11. La France avait un taux de mortalité évitable plus faible que la plupart des pays de l'UE en 2020**Causes de mortalité évitables grâce à la prévention****Causes de mortalité évitables grâce aux traitements**

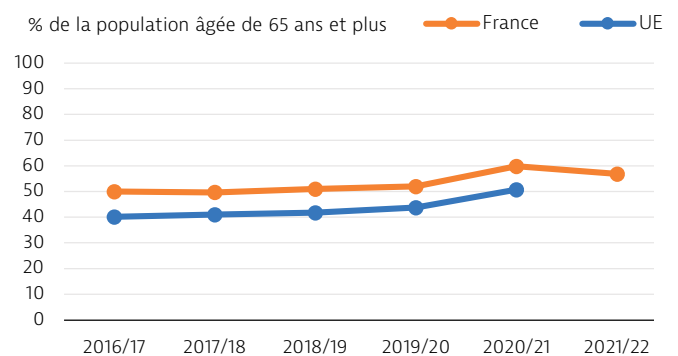
France

Remarques : La «mortalité évitable grâce à la prévention» comprend tout décès qui peut être évité principalement par des interventions de santé publique et des soins primaires de prévention. La «mortalité évitable grâce aux traitements» comprend tout décès qui peut être évité principalement par des interventions en matière de soins de santé, y compris les dépistages et les traitements. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Les décès dus à certaines maladies (par exemple, la cardiopathie ischémique, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et l'hypertension) sont comptabilisés pour la moitié dans la catégorie des causes de mortalité évitable grâce à la prévention, et pour l'autre moitié dans celle des causes de mortalité évitable grâce aux traitements, de sorte qu'un même décès n'est pas comptabilisé deux fois.

Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2020).

Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a fortement augmenté depuis 2020

La pandémie de COVID-19 a soulevé l'importance de l'augmentation de la couverture vaccinale contre la grippe, afin d'atténuer la pression sur les hôpitaux. Le gouvernement a lancé des campagnes de sensibilisation du public en 2020-2021 afin d'encourager les personnes à risque à se faire vacciner dès que possible. Près de 60 % des personnes de plus de 65 ans ont été vaccinées, contre quelque 50 % les années précédentes (graphique 12). La campagne de vaccination 2021-2022 a cependant été légèrement moins efficace, avec un taux de couverture de 57 %, ce qui reste nettement inférieur à l'objectif de 75 % recommandé par l'OMS.

Graphique 12. Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a considérablement augmenté pendant la pandémie

Sources : Statistiques de l'OCDE sur la santé et base de données d'Eurostat.

La France a lancé la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 afin d'améliorer la prévention et le traitement du cancer

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a été lancée en février 2021 avec pour objectif de réduire de 50 000 cas par an le nombre de décès évitables dus au cancer. Elle s'articule autour de quatre grandes priorités : améliorer la prévention et le diagnostic précoce; améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer; augmenter les taux de survie chez les adultes et les enfants atteints de cancer, en particulier des cancers de mauvais pronostic; et garantir que les progrès dans le traitement du cancer bénéficient à tous les groupes de la population, sans distinction. Les axes de ce plan convergent avec les priorités générales définies dans le plan européen pour vaincre le cancer, et une enveloppe de 1,74 milliard d'EUR sur cinq ans est prévue pour sa mise en œuvre, soit 20 % de plus par rapport au plan précédent. Environ 80 % des actions prévues ont été lancées au cours de ses deux premières années (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

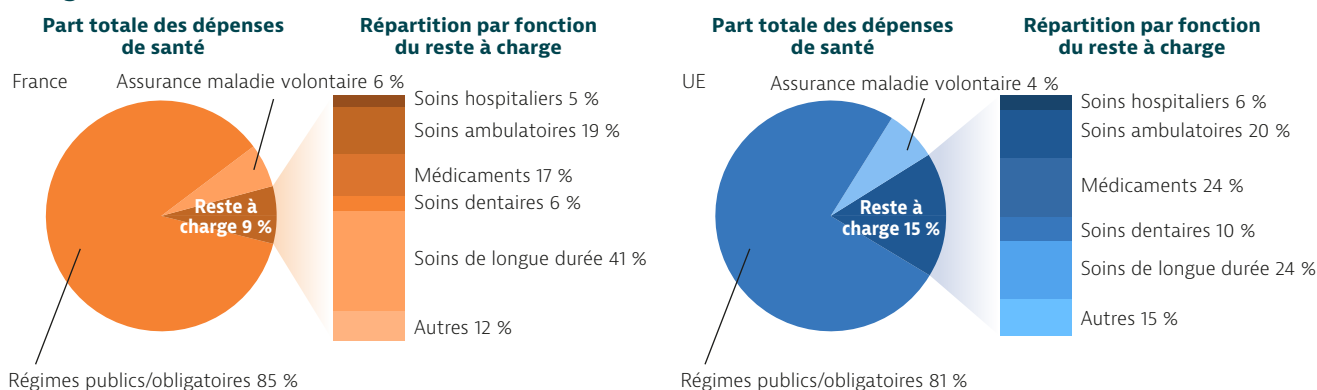
5.2 Accessibilité

La part du reste à charge des dépenses de santé en France est la plus faible de toute l'UE

La France enregistre, avec le Luxembourg, la part du reste à charge des dépenses de santé la plus faible de tous les pays de l'UE (9 % contre 15 % en moyenne dans l'UE), la majeure partie de la population disposant d'une assurance maladie privée pour couvrir la participation aux frais imposée par le régime public (graphique 13). Des régimes publics, comme celui destiné aux personnes souffrant de pathologies chroniques, couvrent également tous les frais de santé liés à ces pathologies.

La majeure partie du reste à charge est consacrée au volet «santé» des soins de longue durée (41 %). Selon les assureurs, environ 7,4 millions de Français souscrivent à un régime privé d'assurance soins de longue durée pour eux-mêmes ou pour des membres de leur famille (France Assureurs, 2022), mais cela n'empêche pas que la plupart des personnes doivent faire face à des restes à charge importants.

Graphique 13. Le niveau élevé de couverture par les assurances maladie publiques et privées limite le reste à charge



Remarques : la moyenne de l'UE est pondérée. La part de l'assurance maladie volontaire est inférieure aux statistiques fournies par le ministère de la santé, car elle n'inclut que la part de l'assurance maladie privée souscrite volontairement.

Sources : Statistiques de l'OCDE sur la santé ; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2021).

Les besoins médicaux non satisfaits sont faibles, mais sont concentrés chez les personnes à faibles revenus

La proportion des besoins médicaux non satisfaits pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente est très faible en France en 2022 selon les statistiques de EU-SILC (3,2 % des adultes). Des différences sont néanmoins visibles en fonction des catégories de revenus : 5,9 % des personnes du quintile de revenus inférieur ont déclaré renoncer à des soins médicaux – principalement à cause du coût – contre 1,4 % dans le quintile supérieur.

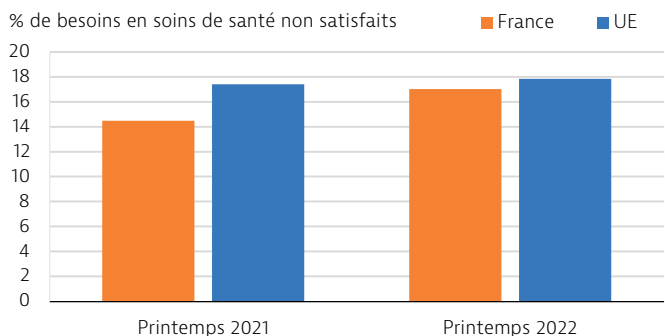
La proportion des besoins médicaux non satisfaits est plus importante pour les prestations qui sont moins bien prises en charge par l'Assurance Maladie, telles que les appareils auditifs, les aides optiques, et les soins dentaires. Ainsi, en 2021, 6,1 % de la

population française déclaraient des besoins dentaires non satisfaits, mais cette proportion était beaucoup plus importante chez les personnes du quintile de revenus inférieur (10,9 %), principalement pour des raisons financières. Depuis 2021, tout patient titulaire d'un contrat d'assurance maladie complémentaire peut bénéficier d'une prestation de base qui couvre 100 % des coûts des soins oculaires, des appareils auditifs et des soins dentaires, sans aucune forme de contrepartie.

La pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement connexes ont limité l'accès aux services de santé. Les enquêtes d'Eurofound réalisées au printemps 2021 et au printemps 2022 ont révélé que 14 % et 17 % de la population déclaraient des besoins de soins de santé non satisfaits (graphique 14). Ces proportions étaient néanmoins inférieures aux moyennes de l'UE⁶.

⁶ Les données de l'enquête d'Eurofound ne sont pas comparables à celles de l'enquête EU-SILC compte tenu des différences de méthodologie.

Graphique 14. Les besoins en soins de santé non satisfaits au printemps 2021 et au printemps 2022 étaient inférieurs aux moyennes de l'UE



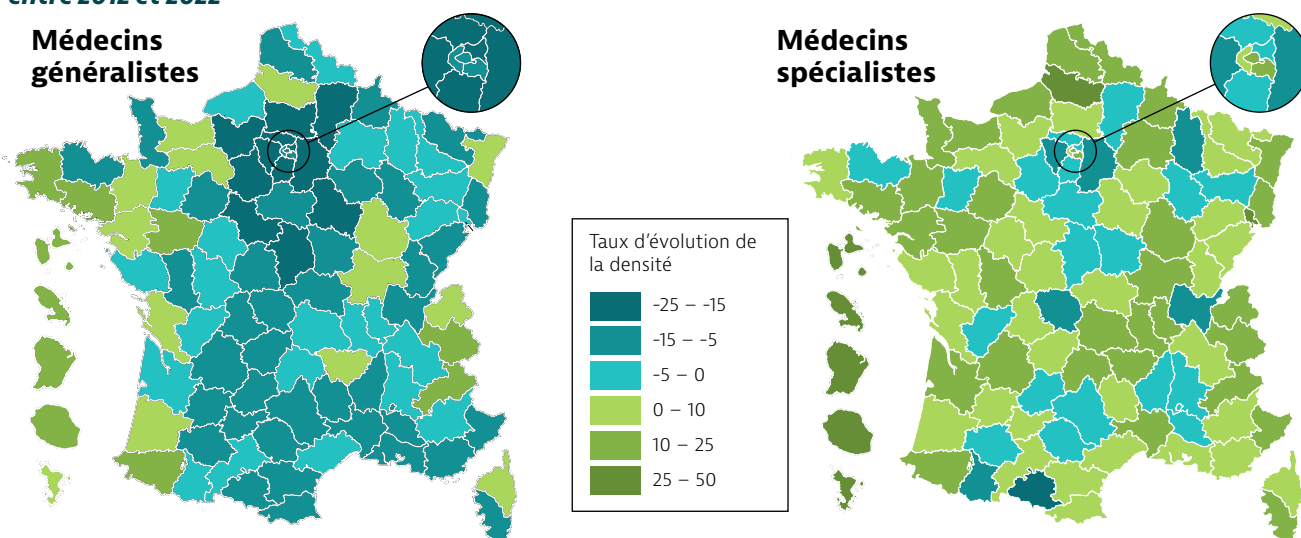
Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée.

Source : enquête en ligne «Vivre, travailler et COVID-19» d'Eurofound.

La densité des médecins généralistes varie beaucoup d'une région à l'autre

Comme indiqué à la section 4, le nombre de médecins pour 1 000 habitants en France est resté stable ces dix dernières années. Cette tendance masque un changement dans la composition du personnel médical français : le nombre de spécialistes a augmenté, mais le nombre de médecins généralistes a diminué. Avec l'accroissement de la population, la densité de médecins généralistes a diminué de 8 % entre 2012 et 2022. Bien que cette baisse ait été constatée dans la plupart des régions, elle a été plus importante dans certaines que d'autres, principalement autour de Paris (graphique 15). En revanche, la densité de spécialistes a augmenté au moins légèrement dans la plupart des régions.

Graphique 15. La densité de médecins généralistes a baissé dans la quasi-totalité des régions françaises entre 2012 et 2022



Source : ministère des Solidarités (2023), Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie.

Selon les estimations, 6 % de la population française vivait dans des zones où l'accès aux médecins généralistes était potentiellement limité en 2018 (DREES, 2020). Ces «déserts médicaux» se situent principalement dans les zones rurales et dans les banlieues lointaines des petites villes et des grandes agglomérations, principalement concentrées dans le centre et le nord-ouest de la France.

Les problèmes liés aux zones sous-dotées pourraient être exacerbés à l'avenir, une grande partie des médecins généralistes approchant ou dépassant déjà l'âge normal de la retraite. Les principaux facteurs déterminant le choix du lieu d'activité des médecins généralistes sont liés à leurs origines sociales et géographiques (par exemple, les médecins qui exercent dans les zones rurales ont souvent grandi dans une zone rurale) et aux choix de mode de vie, y compris les structures éducatives pour les enfants et les possibilités d'emploi pour les conjoints. Les conditions et l'environnement de travail jouent également un rôle important. Les aspects financiers jouent généralement un rôle moindre (DREES, 2021).

Ces 15 dernières années, les gouvernements successifs ont lancé des initiatives pour tenter de remédier au problème des déserts médicaux, notamment une allocation mensuelle pour les étudiants et les stagiaires en médecine qui acceptent d'exercer pendant une durée minimale dans les zones sous-dotées, des aides financières à l'installation des médecins dans ces zones, et différents allègements fiscaux. La principale mesure prise depuis 2007 pour tenter de résoudre ce problème a consisté à créer des centres et maisons de santé pluridisciplinaires pour permettre aux généralistes et aux autres professionnels de santé d'exercer leur activité dans un lieu commun. En 2022, on comptait 2 773 centres et maisons de ce type.

En outre, le nombre d'étudiants en médecine a fortement augmenté entre 2016 et 2020 et devrait encore augmenter de 20 % au cours de la période 2021-2025 par rapport à la période 2016-2020. Depuis 2017, 40 % des postes de stages de troisième cycle sont attribués à la médecine générale. Depuis septembre 2023, les étudiants de médecine générale doivent

également suivre une année supplémentaire de formation de troisième cycle en milieu ambulatoire et sont encouragés à le faire dans les zones sous-dotées.

À court terme, différentes stratégies sont utilisées pour remédier à la pénurie de médecins, y compris le recours croissant à des médecins intérimaires (encadré 2). Une loi de 2023 vise toutefois à limiter le recours aux médecins intérimaires et autres intérimaires hospitaliers en plafonnant la rémunération journalière, même si certains hôpitaux s'adaptent en proposant d'autres contrats pour contourner les nouveaux plafonds de rémunération.

Encadré 2. Le nombre croissant de médecins intérimaires génère des coûts et des tensions

Selon l'Association nationale des médecins, plus d'un quart des médecins nouvellement formés ont opté pour une activité intérimaire en 2021, contre un cinquième seulement en 2008. Globalement, le nombre de médecins intérimaires a augmenté de 55 % ces dix dernières années (passant d'environ 10 100 en 2012 à 15 600 en 2022). Les activités intérimaires sont généralement bien mieux rémunérées et les tâches administratives sont ordinairement plus légères que celles des médecins ordinaires. Selon le ministère de la santé, le coût des activités intérimaires pour les hôpitaux publics a presque triplé au cours des années précédant la pandémie, passant de 500 millions d'EUR en 2013 à 1 424 millions d'EUR en 2018.

Sources : Conseil national de l'ordre des médecins (2022), *Atlas de la démographie médicale en France*; Ministère de la santé et de la prévention (2022), *projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023*.

Le partage des tâches entre médecins et autres professionnels de santé a suscité une certaine adhésion

La France encourage l'accès aux soins de premier recours par l'intermédiaire des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces communautés ont vocation à aider les professionnels de santé à se coordonner au sein d'un territoire, afin d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients. En 2022, environ 400 communautés étaient opérationnelles ou en préparation, contre 60 en 2020.

En 2018, la législation a formalisé le titre d'infirmier en pratique avancée, qui peut intervenir davantage dans les soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques ou souffrant de comorbidités. Ces infirmiers doivent travailler avec les médecins généralistes et les spécialistes dans les équipes de soins de premier recours et autres établissements de santé. En 2021, on comptait près de 1 000 infirmiers en pratique avancée. Parmi les facteurs clés qui leur permettent d'exercer efficacement leurs fonctions figurent la volonté des médecins de coopérer, le type d'autonomie recherchée par les infirmiers, et la disponibilité locale de médecins (IRDES, 2023).

Une nouvelle loi adoptée en avril 2023 vise à faciliter l'accès aux infirmiers en pratique avancée et à élargir le champ de leurs compétences. Les personnes travaillant dans des cabinets de groupe pluridisciplinaires peuvent être consultées par des patients sans passer par un médecin au préalable, et peuvent également prescrire certains médicaments et autres produits de santé.

Un nouveau statut d'assistant médical a également été créé en 2019 pour la prise en charge des tâches non médicales traditionnellement effectuées par les médecins généralistes. En 2022, on comptait plus de 3 500 assistants médicaux. On estime que cela a permis aux médecins généralistes travaillant avec ces assistants de prendre en charge 10 % de patients supplémentaires (Assurance Maladie, 2022). Le gouvernement entend atteindre 10 000 assistants médicaux d'ici décembre 2024.

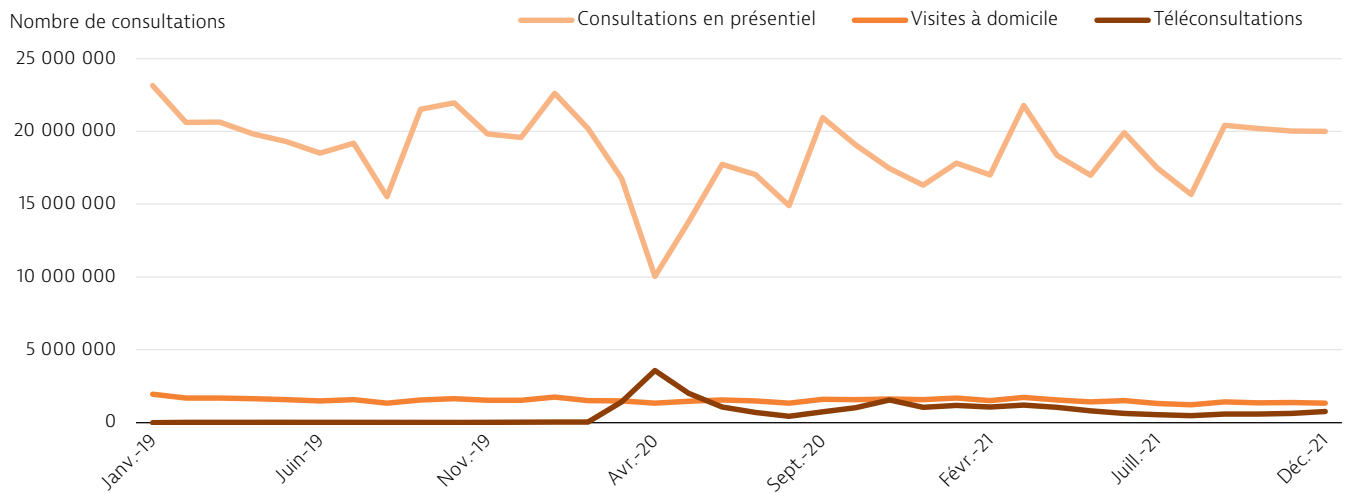
Le nombre de téléconsultations a légèrement augmenté depuis 2020

Les services de télésanté peuvent constituer une solution complémentaire pour maintenir ou améliorer l'accès aux soins et se sont révélés particulièrement utiles pendant les pics de la pandémie et du confinement. De nouvelles réglementations ont été instaurées afin d'accroître le recours à la télémedecine pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, en mars 2020. Les conditions d'application et de remboursement ont été simplifiées et les frais ont été exceptionnellement pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie. Les médecins ont eu le droit d'ouvrir ce mode de consultation à tous les patients, même en dehors de leur patientèle.

Depuis 2022, les téléconsultations sont couvertes et remboursées par l'Assurance Maladie au même taux que les consultations en présentiel (70 %), soit un retour au niveau de remboursement d'avant la pandémie. Les médecins indépendants sont autorisés à exercer jusqu'à 20 % de leur activité par téléconsultation.

Si le nombre de téléconsultations a culminé à presque 1 million par semaine lors du premier confinement en avril 2020, il a diminué après la levée des mesures de confinement. En 2020, 6 % environ de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes non-salariés ont été effectuées par téléconsultation, mais cette part est tombée à 4 % en 2021 (graphique 16). Les jeunes médecins généralistes et ceux qui exercent dans les zones urbaines ont consacré une plus grande partie de leurs activités à la téléconsultation. De même, les patients recourant à la téléconsultation étaient généralement plus jeunes, vivaient dans des zones urbaines et avaient des revenus plus élevés que ceux qui avaient recours aux consultations en personne. Un généraliste sur trois pensait toutefois que la téléconsultation pouvait être une solution pour les patients vivant dans des zones sous-dotées (DREES, 2022b).

Graphique 16. Les téléconsultations avec les médecins généralistes ont atteint un record lors du premier confinement au printemps 2020, mais ont chuté par la suite



Source: DREES (2022b).

5.3 Résilience

La pandémie de COVID-19 s'est révélée être la perturbation la plus importante des systèmes de santé ces dernières décennies. Elle a mis en lumière les fragilités et les écueils des stratégies de préparation aux situations d'urgence des pays et leur capacité à fournir des services de soins de santé à leurs populations. En réponse aux effets durables de la pandémie – ainsi qu'à d'autres crises récentes, telles que les pressions sur le coût de la vie et les conséquences de conflits tels que la guerre contre l'Ukraine – les pays mettent en œuvre des politiques visant à atténuer les incidences actuelles sur la fourniture de services, à investir dans la reprise et la résilience des systèmes de santé⁷, à améliorer les domaines critiques du secteur de la santé et à renforcer leur préparation aux chocs futurs.

Après une forte diminution en 2020, les hospitalisations en France sont restées inférieures aux niveaux d'avant la pandémie en 2021

La capacité de soins hospitaliers de la France est nettement supérieure à celle de la plupart des autres pays de l'UE. En 2019, le nombre total de lits d'hôpital dépassait la moyenne de l'UE de près de 20 %. Les hospitalisations et sorties étaient supérieures aux moyennes de l'UE, et le taux d'occupation des lits de soins aigus était également plus élevé.

Pour faire face à l'augmentation soudaine de la demande de soins intensifs suscitée par le virus, en 2020, la France a rapidement augmenté sa capacité d'unités de soins intensifs en multipliant par plus de deux le nombre de lits de soins intensifs au cours des six premiers mois de la pandémie et a accordé des autorisations temporaires de partage des ressources matérielles et humaines. Dans le même temps, des volumes importants de services hospitaliers non

urgents ont été reportés afin de créer une réserve de ressources excédentaires (lits, personnel et équipements) et de réduire le risque d'apparition de foyers au sein des hôpitaux. Les effets de ces perturbations sur les soins non liés à la COVID-19 se sont fait ressentir en partie dans les réductions substantielles des sorties d'hôpital (- 13 %) et des taux d'occupation des lits de soins aigus (- 8 %) en 2020 (graphique 17).

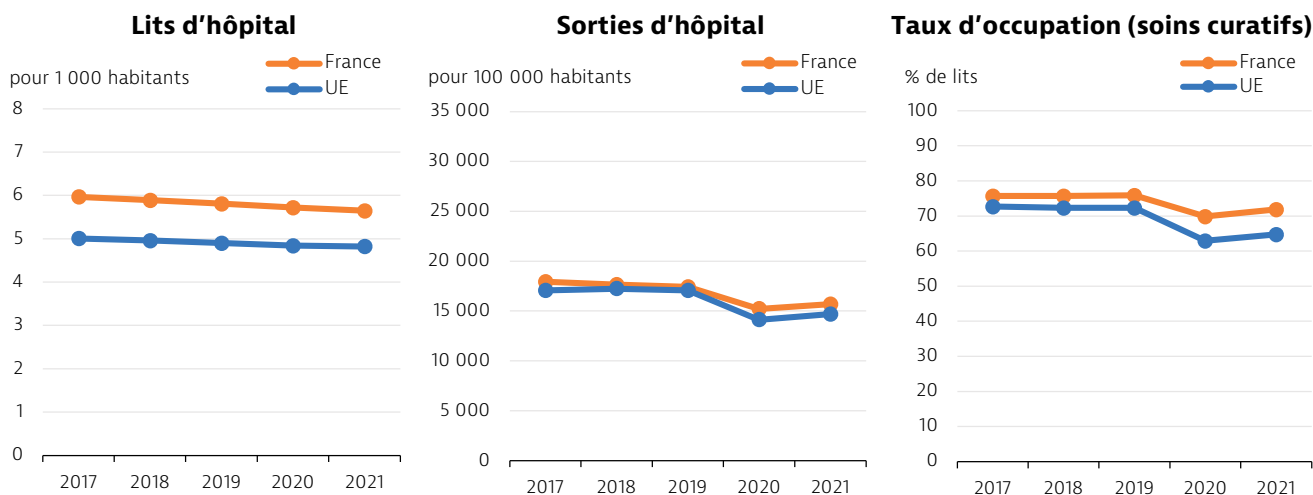
Le nombre de sorties d'hôpital a légèrement augmenté en 2021, bien qu'il soit resté inférieur à celui de 2019. Le nombre de séjours à l'hôpital a diminué de 11 % par rapport à 2019, mais il a été partiellement compensé par un nombre plus élevé d'interventions chirurgicales ambulatoires (+ 6 %) qui ne nécessitent pas de nuitée à l'hôpital (DREES, 2023b).

Les interventions chirurgicales non urgentes ont considérablement diminué en 2020, mais ont repris en 2021

À la suite de la suspension intermittente des interventions chirurgicales non urgentes pendant les pics de la pandémie en 2020, la France a enregistré une réduction importante du volume des interventions non urgentes en 2020, comme dans d'autres pays de l'Union. Le nombre de remplacements de la hanche a diminué de 12 %, de remplacements du genou de 22 % et les interventions de chirurgie mammaire contre le cancer du sein de 6 % (figure 18). Ces baisses étaient analogues à celles observées dans l'ensemble de l'UE. En 2021, le volume de ces interventions a augmenté de plus de 10 % par rapport à 2020. Le nombre d'interventions de chirurgie mammaire contre le cancer du sein a dépassé celui des années précédant la pandémie, tandis que le nombre de remplacements de la hanche et du genou est revenu à un niveau proche de celui d'avant la pandémie.

⁷ Dans ce contexte, la résilience des systèmes de santé a été définie comme la capacité à se préparer aux chocs, à les gérer (absorber, adapter et transformer), et à en tirer des enseignements (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).

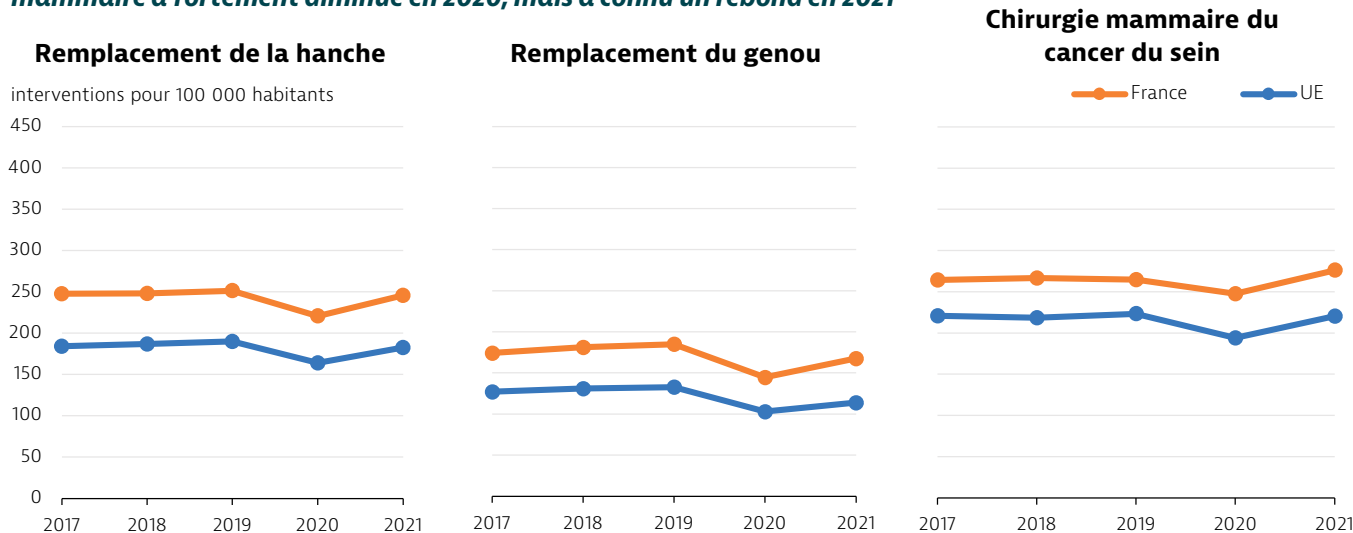
Graphique 17. Les sorties d'hôpital et les taux d'occupation ont fortement diminué en 2020 et ont légèrement augmenté en 2021



Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Sources : Statistiques de l'OCDE sur la santé ; base de données d'Eurostat.

Graphique 18. Le nombre de remplacements de la hanche et du genou et d'interventions de chirurgie mammaire a fortement diminué en 2020, mais a connu un rebond en 2021



Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

La réponse de la France à la COVID-19 a entraîné une forte augmentation des dépenses publiques de santé

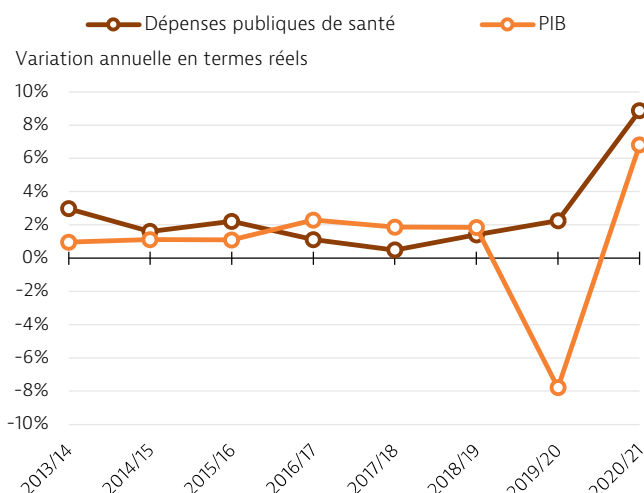
Entre 2016 et 2019, les dépenses publiques de santé en France ont progressé à un rythme modéré en termes constants, un taux légèrement inférieur à la croissance du PIB (graphique 19). La pandémie a sérieusement bouleversé cette tendance. Les dépenses publiques de santé ont augmenté de 2,3 % en 2020 en termes réels, tandis que le PIB a chuté de 7,8 %. Au cours de la deuxième année de la pandémie, les dépenses publiques de santé ont fortement augmenté de près de 9 % en 2021, principalement en raison d'un effet de rattrapage à la suite de la perturbation des activités de soins de santé causée par les mesures de confinement en 2020, ainsi que du coût des campagnes de dépistage et de vaccination contre

la COVID-19. Les estimations nationales pour 2022 indiquent que les dépenses publiques de santé sont revenues à un niveau proche de leur tendance à long terme, avec un taux de croissance de 2,0 % en termes réels (DREES, 2023a).

Les nouveaux investissements dans le domaine de la santé recevront un soutien européen

En 2021, le gouvernement est passé à la deuxième phase d'un plan ambitieux visant à renforcer l'hôpital public et à investir davantage dans le personnel de santé. Dans le cadre de ce plan, 19 milliards d'EUR supplémentaires sur 10 ans ont été alloués afin de rétablir la capacité financière de l'hôpital public, d'améliorer la coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers, d'accélérer la transformation numérique du système de santé et

Graphique 19. La pandémie a entraîné une forte augmentation des dépenses publiques de santé, en particulier en 2021



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

de moderniser le secteur des soins de longue durée (Gouvernement de la France, 2021). Le plan prévoit également d'importantes augmentations de salaire pour recruter du personnel et le retenir, en particulier des infirmiers. Les infirmiers et les aides-soignants devraient voir leur salaire de nuit augmenter de 25 %

par rapport aux taux de jour, et l'indemnité de travail le dimanche et les jours fériés devrait augmenter de 20 % à partir de 2024.

Le plan pour la reprise et la résilience de la France – un pilier essentiel de la réponse de l'UE à la crise de la COVID-19 – apportera un soutien supplémentaire aux nouveaux investissements dans le système de santé. Les investissements proposés dans le domaine de la santé s'élèvent à 4,5 milliards d'EUR pour la période 2021-2026, ce qui représente environ 11 % du total des subventions accordées à la France au titre du Fonds pour la reprise et la résilience de l'Union. Environ 2,5 milliards d'EUR seront investis dans la modernisation du système de soins de santé, y compris les hôpitaux, et 2 milliards d'EUR seront alloués à la poursuite de la transformation numérique du système de soins de santé, y compris des investissements dans les infrastructures nationales, les dossiers médicaux numériques, l'échange sécurisé de données et la formation des professionnels de la santé aux compétences numériques. Un montant supplémentaire de 1,5 milliard d'EUR sera alloué à la rénovation des maisons de retraite et à la création de places supplémentaires (graphique 20). Un montant moindre (2,9 millions d'EUR) sera alloué aux programmes de prévention du suicide.

Graphique 20. Le plan pour la reprise et la résilience vise à moderniser le système de santé et à opérer sa transition numérique, et à renforcer les capacités dans les maisons de retraite



Remarques : ces chiffres renvoient au plan pour la reprise et la résilience révisé en septembre 2023. Certains éléments ont été regroupés pour améliorer la lisibilité du graphique.

Source : Commission européenne – Tableau de bord de la reprise et de la résilience.

Ces investissements seront complétés par le déploiement de la programmation de la politique de cohésion de l'UE pour la période 2021-2027, par laquelle la France devrait investir un total de 428 millions d'EUR dans son système de santé. Environ 60 % de ce montant sera cofinancé par l'UE. Une somme de 348 millions d'EUR provenant du Fonds européen de développement régional (FEDER) sera utilisée pour le développement d'infrastructures de santé et de services et d'applications de santé en ligne. Un montant supplémentaire de 80 millions d'EUR provenant du Fonds social européen plus (FSE+) financera diverses mesures visant à améliorer

l'accessibilité, la qualité et la résilience des services de santé, en donnant la priorité au développement de la main-d'œuvre et en réduisant les obstacles à l'accès des groupes vulnérables.

Afin de compléter les investissements dans la santé numérique en particulier, en 2021, le gouvernement a lancé la stratégie d'accélération de la santé numérique. Avec un budget de 734 millions d'EUR provenant du plan d'investissement France 2030, la stratégie a été conçue pour catalyser l'innovation dans le secteur de la santé numérique, promouvoir le développement et l'adoption de technologies

numériques de pointe et renforcer la compétitivité des entreprises françaises dans le paysage mondial de la santé numérique.

Plus généralement, l'un des défis à venir pour le système de santé consistera à améliorer le suivi des coûts, de la qualité et des résultats dans le secteur hospitalier et dans d'autres parties du système afin de permettre une évaluation régulière des performances (Or et al., 2023).

La pandémie et de récents manquements ont mis en évidence des problèmes structurels dans le domaine des soins de longue durée

La pandémie a attiré davantage l'attention sur les lacunes du secteur des soins de longue durée en France. Les défis structurels tels que la fragmentation du secteur et le manque persistant de personnel dû à des conditions de travail peu attrayantes nuisent à la quantité, à la qualité et à la sécurité des services de soins de longue durée. Ces problèmes structurels ont entravé la réponse à la pandémie. Afin de recruter du personnel et de le retenir, tous les professionnels de santé en maison de retraite et à l'hôpital ont reçu une augmentation de salaire de 183 EUR par mois en 2020, suivie d'une deuxième augmentation comprise entre 45 EUR et 450 EUR par mois en octobre 2021, en fonction de la durée d'occupation du poste.

En outre, des manquements très médiatisés dans certains établissements privés de soins de longue durée français sont apparus en 2020 et ont suscité un mouvement en faveur de pratiques de meilleure qualité et d'un contrôle plus strict. Les manquements étaient liés à des allégations d'insuffisance des soins et de mauvais traitements infligés aux résidents âgés, notamment des effectifs insuffisants, une hygiène et une nutrition très médiocres, un manque de soins médicaux appropriés, des mauvais traitements et des détournements de fonds publics. En réponse à ces manquements, les autorités ont ordonné que les 7 500 établissements de soins de longue durée en France fassent l'objet d'une inspection dans un délai de deux ans. Un nouveau décret oblige également tous les établissements à être plus transparents quant à leurs services et à la gestion des sommes facturées aux résidents. Les sanctions financières correspondantes ont également été considérablement augmentées. Une plateforme nationale en ligne de signalement des abus dans les maisons de retraite est aussi en cours d'élaboration. Néanmoins, aucune information n'est accessible au public concernant la qualité des maisons de retraite. En France, comme dans de nombreux autres pays de l'UE, la qualité des soins de longue durée a souffert d'un manque de contrôle.

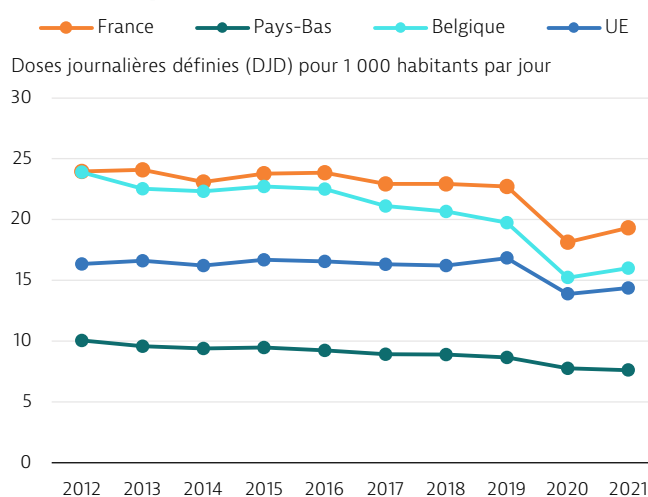
Les efforts de la France pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens (RAM) est un problème de santé publique majeur dans l'UE, avec,

selon les estimations, environ 35 000 décès causés par des infections résistantes aux antibiotiques (ECDC, 2022) et des coûts associés aux soins de santé d'environ 1,1 milliard d'EUR par an (OECD/ECDC, 2019). La sur-prescription d'antibiotiques et leur utilisation excessive chez l'homme contribuent grandement au développement de bactéries résistantes aux antibiotiques.

L'utilisation d'antibiotiques en dehors des hôpitaux en France est restée nettement supérieure à la moyenne de l'UE en 2021 (graphique 21), après une diminution très modeste au cours des années qui ont précédé la pandémie. Comme dans d'autres pays de l'Union, la consommation d'antibiotiques a fortement diminué (de 20 %) en France entre 2019 et 2020. Cette baisse peut être attribuée, au moins en partie, à la diminution des infections et des hospitalisations due aux mesures liées à la pandémie. En 2021, le nombre de prescriptions d'antibiotiques a augmenté de 6 %, en particulier au cours du dernier trimestre de l'année.

Graphique 21. La COVID-19 a entraîné une diminution importante de la consommation d'antibiotiques



Remarques : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les données ne couvrent que la consommation extrahospitalière.
Source : réseau ESAC-Net de l'ECDC.

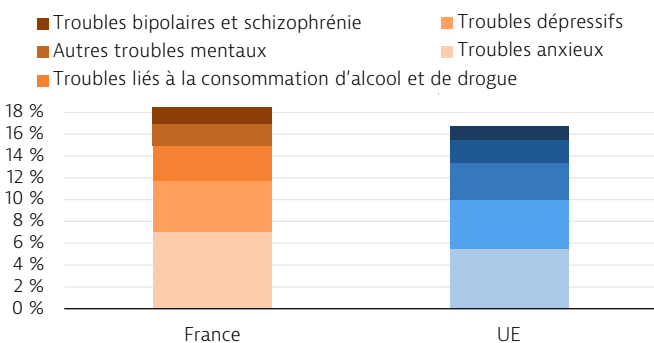
Ces dix dernières années, les efforts déployés par la France pour réduire le risque de résistance aux antimicrobiens se sont concentrés sur la sensibilisation du public à l'antibiorésistance et sur la promotion d'une prescription et d'une utilisation responsables des antibiotiques auprès des professionnels de la santé et des patients. La récente stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance définit neuf séries d'actions visant à garantir une approche globale et cohérente parmi les patients, les professionnels de la santé et les autres parties prenantes de la santé.

6 Focus sur la santé mentale

Le fardeau des problèmes de santé mentale est lourd en France

Malgré d'importantes lacunes dans les informations sur la prévalence des problèmes de santé mentale en France, les données disponibles indiquent que les problèmes de santé mentale touchent chaque année plus de 10 millions de Français. Selon les dernières estimations de l'IHME, environ 18 % de la population souffrait d'un problème de santé mentale en France en 2019, soit une part légèrement supérieure à la moyenne de l'UE (17 %) (graphique 22). Les troubles mentaux les plus courants en France sont les troubles anxieux (7 % de la population), suivis par les troubles dépressifs (5 %). Selon les estimations, 3 % de la population souffre de troubles liés à la consommation d'alcool et de drogue. Les troubles mentaux graves tels que les troubles bipolaires et la schizophrénie touchent environ 1 % de la population.

Graphique 22. Plus d'une personne sur six a souffert d'un problème de santé mentale en 2019

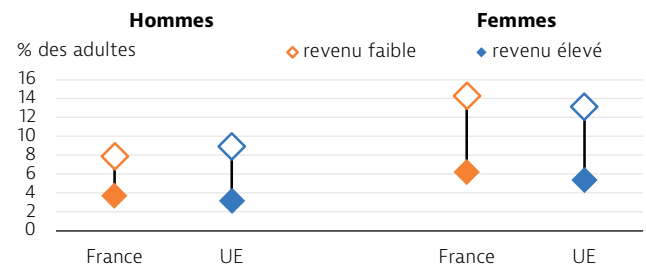


Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée.
Source : IHME (les données concernent l'année 2019).

Plusieurs maladies mentales sont plus répandues chez les femmes en France, notamment les troubles anxieux, dépressifs et bipolaires. Ces écarts entre les femmes et les hommes pourraient en partie s'expliquer par la plus grande propension des femmes à signaler ces problèmes. Les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogue font toutefois exception, car ils sont plus fréquemment signalés par des hommes en France, comme dans d'autres pays.

La disparité socioéconomique dans la dépression ressentie est considérable. En France, comme dans d'autres pays de l'UE, les personnes à faibles revenus sont plus susceptibles de se déclarer en dépression : environ 8 % des hommes et 14 % des femmes du quintile de revenus inférieur ont déclaré souffrir de dépression, contre seulement 4 % des hommes et 6 % des femmes du quintile supérieur en 2019 (graphique 23). Les personnes employées déclarent généralement des niveaux de dépression inférieurs à celles qui sont au chômage, et les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles d'être au chômage.

Graphique 23. Les personnes à faibles revenus sont deux fois plus susceptibles de déclarer souffrir de dépression que celles ayant un revenu élevé



Remarque : on entend par «revenu élevé» les personnes appartenant au quintile de revenus supérieur (les 20 % de la population ayant les revenus les plus élevés) et par «revenu faible» les personnes appartenant au quintile de revenus inférieur (les 20 % de la population ayant les revenus les plus faibles).

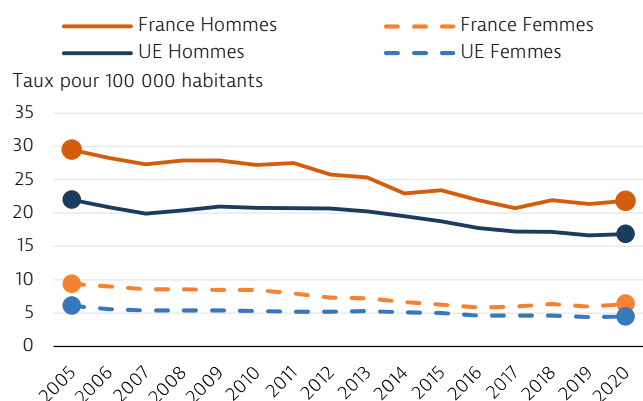
Source : base de données d'Eurostat (sur la base de l'EHIS 2019).

Le nombre de suicides en France a globalement diminué entre 2005 et 2020, mais est resté supérieur à la moyenne de l'UE. Comme dans d'autres pays de l'UE, environ trois quarts des 9 000 décès par suicide recensés en France en 2020 concernaient des hommes (graphique 24). Toutefois, l'écart entre les femmes et les hommes s'inverse lorsqu'il s'agit de tentatives de suicide, les femmes utilisant souvent des méthodes moins létales. Sur les 68 500 Français hospitalisés pour tentative de suicide en 2020, la proportion de femmes était d'environ 40 % plus élevée que celle des hommes (Observatoire national du suicide, 2022).

Le système de soins de santé mentale reste centré sur l'hôpital et orienté vers des troubles mentaux graves

Dans les années 2000, la France s'est fixé comme objectif de restructurer les soins de santé mentale, traditionnellement axés sur la psychiatrie. Depuis lors, les politiques de santé mentale visent à promouvoir une approche de proximité et à mettre davantage l'accent sur la gestion des symptômes plutôt que sur la guérison. En raison du nombre croissant de prestataires de soins de santé et sociaux concernés, une loi de 2016 a réorganisé le système de soins de santé mentale autour de projets territoriaux afin de favoriser une meilleure coordination des soins entre les différents prestataires, avec des effets inconnus à ce jour. En 2020, moins de 15 % des 2 millions de personnes ayant reçu des soins de santé mentale dans un établissement ont été hospitalisées pendant plusieurs jours. Toutefois, 75 % des lits de soins psychiatriques se trouvaient encore dans des hôpitaux psychiatriques spécialisés, ce qui limitait l'intégration de la psychiatrie dans le système de soins de santé général (Coldefy & Gandré, 2022). Dans l'ensemble, le système de soins de santé mentale public reste centré sur l'hôpital, avec des délais d'attente très longs, et se concentre principalement sur les troubles graves (Gandré et al., 2019).

Graphique 24. Les taux de suicide sont en baisse en France depuis 2005, mais restent supérieurs aux moyennes de l'UE



Remarques : depuis 2018, les certificats de décès en France comportent une case à cocher indiquant explicitement le suicide, ce qui se traduit par une augmentation des déclarations. Ce changement dans la déclaration des données limite la comparabilité des données avant et après cette année-là. Il est prématuré de tirer des conclusions définitives sur les tendances observées depuis 2018.

Source : base de données d'Eurostat.

La pandémie a exacerbé les problèmes de santé mentale et a conduit à une prise de conscience accrue de l'importance de ces questions et des soins de santé mentale. En 2021, une vaste consultation sur la santé mentale et la psychiatrie a aidé le gouvernement à définir trois priorités : amélioration de l'information et de la prévention; davantage de soins de santé mentale et d'activités de sensibilisation de proximité; et davantage d'investissements dans la recherche (Coldefy & Gandré, 2022).

Des problèmes d'accès à un traitement approprié persistent pour les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés

Les troubles mentaux légers à modérés constituent l'essentiel des problèmes de santé mentale (par exemple, les troubles dépressifs et anxieux). Dans la pratique, en France, les troubles mentaux légers à modérés sont généralement gérés par les médecins généralistes au moyen de traitements médicamenteux et de séances de psychothérapie. Si la psychothérapie est recommandée en tant que traitement de première intention, ce n'est généralement pas le cas des antidépresseurs prescrits sans traitement complémentaire, ces médicaments présentant de nombreux effets secondaires (Gandré et al., 2019). Les données les plus récentes disponibles montrent toutefois qu'en 2011, près de la moitié des patients souffrant d'une dépression légère à modérée s'étaient uniquement vu prescrire des médicaments par leurs médecins généralistes, sans psychothérapie (Dumesnil et al., 2016).

La consommation de médicaments contre l'anxiété et la dépression a considérablement augmenté en 2020 et 2021, en particulier pendant les confinements, lorsque davantage de personnes ont déclaré des symptômes de troubles mentaux légers à modérés. L'Assurance Maladie couvre ces médicaments, tandis que les

séances de psychothérapie chez des psychologues indépendants n'étaient généralement pas couvertes jusqu'en 2022.

Pendant la pandémie, l'Assurance Maladie a commencé à prendre en charge les séances de psychothérapie chez des psychologues pour certains groupes de population à risque (comme les étudiants), et cette prise en charge a été étendue en avril 2022 à l'ensemble de la population âgée de plus de 3 ans, sous certaines conditions. La principale condition est qu'un médecin produise d'abord une prescription basée sur un ensemble défini de troubles mentaux légers à modérés. La couverture publique comprend un maximum de huit séances par an (pour un coût pouvant atteindre 40 EUR pour la première séance et 30 EUR pour les sept autres séances). Toutefois, de nombreux psychologues n'étaient pas d'accord avec la prescription médicale obligatoire et avec le niveau de prise en charge, de sorte qu'en 2023 seuls 7 % d'entre eux avaient signé un accord avec l'Assurance Maladie pour dispenser de telles séances de psychothérapie.

Une nouvelle réforme du financement des soins hospitaliers psychiatriques encourage les soins ambulatoires et vise à réduire les inégalités géographiques

Jusqu'en 2022, les hôpitaux publics et privés à but non lucratif dispensant des soins psychiatriques recevaient un budget annuel fixe fourni par les autorités régionales de santé, tandis que les cliniques à but lucratif bénéficiaient d'un financement par activité, avec des tarifs de jour définis pour chaque type de soins dispensés. Pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif, le budget fixé ne tenait compte ni du rapport coût-efficacité ni de l'adéquation des soins prodigués aux patients, ni de l'évolution des besoins locaux en matière de santé mentale au fil du temps, ce qui a entraîné des inégalités d'accès au sein des régions et entre celles-ci. Pour les cliniques à but lucratif, le bas tarif appliqué aux interventions de jour a fortement encouragé les soins hospitaliers et les séjours de longue durée.

Une réforme du financement des soins hospitaliers psychiatriques mise en œuvre en 2022 vise à encourager les soins ambulatoires et les séjours hospitaliers plus courts, à réduire les inégalités au sein des régions et entre celles-ci, et à harmoniser les régimes de financement entre les établissements publics, à but non lucratif et à but lucratif. Cette réforme combine différents mécanismes de financement, avec environ 85 % des fonds alloués aux secteurs public et à but non lucratif sur la base d'indicateurs des besoins en soins de la population locale, tandis que le secteur à but lucratif reçoit environ 15 % de sa dotation par cette méthode. À l'inverse, l'allocation par patient (sur la base du nombre de jours d'hospitalisation et des interventions ambulatoires par patient et par an) représente environ 15 % du financement dans les secteurs public et à but non lucratif, mais environ 85 % dans le secteur à but lucratif.

7 Principales conclusions

- L'espérance de vie en France reste nettement supérieure à la moyenne de l'UE, mais elle a diminué de plus de six mois entre 2019 et 2022 en raison des décès dus à la COVID-19, des mauvaises saisons de grippe et des vagues de chaleur en 2022.
- Les facteurs de risque liés au comportement – notamment le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique – ont contribué à environ un tiers des décès en France en 2019. La santé publique est traditionnellement négligée en France. Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool chez les adultes ont diminué ces dix dernières années, mais restent supérieurs à la moyenne de l'UE.
- Les dépenses de santé en France ont augmenté pour atteindre 12,3 % du PIB en 2021, soit la deuxième proportion la plus élevée de l'UE après l'Allemagne et plus d'un point de pourcentage au-dessus des niveaux d'avant la pandémie, malgré une légère diminution en 2022. Le pic de 2021 était principalement dû à la forte augmentation des dépenses publiques de santé pendant la pandémie.
- Le système de santé français offre un bon accès financier aux soins, avec un reste à charge peu important. Les besoins en soins médicaux non satisfaits sont généralement faibles, mais ils sont plus élevés chez les personnes à faibles revenus, en particulier pour les services qui sont couverts de manière moins complète par l'assurance publique, comme les soins optiques et dentaires, bien que la couverture publique se soit améliorée depuis 2021.
- Le faible nombre de médecins généralistes exerçant dans les zones sous-dotées («déserts médicaux») suscite des inquiétudes croissantes quant à l'accès aux soins. Une série de mesures ont été mises en œuvre ces dix dernières années pour attirer et retenir davantage de médecins dans les zones sous-dotées, y compris des incitations financières pour établir leur cabinet dans ces régions et la création de centres de santé pluridisciplinaires. Le nombre d'étudiants en médecine a également fortement augmenté ces dernières années et, depuis 2017, 40 % de l'ensemble des stages de troisième cycle doivent être attribués à la médecine générale. D'autres mesures récentes visent également à étoffer les fonctions d'autres professionnels de la santé afin d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours, en particulier les infirmiers et les pharmaciens. Une nouvelle fonction d'assistant médical a été introduite afin de réduire les tâches administratives des médecins généralistes.
- Afin de contribuer à maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie, la France a rapidement modifié le règlement sur les téléconsultations afin d'accroître le recours à celles-ci, et elles ont atteint un taux record de 24 % de l'ensemble des consultations médicales lors du premier confinement au printemps 2020. Leur popularité a ensuite diminué avec la levée des mesures de confinement, pour ne plus représenter que 4 % de l'ensemble des consultations médicales en 2021.
- Les dépenses publiques de santé ont augmenté de près de 9 % en 2021, principalement en raison d'un effet de rattrapage à la suite de la baisse des activités de soins de santé causée par la perturbation des services en 2020, ainsi que du coût des campagnes de dépistage et de vaccination contre la COVID-19. Selon des estimations préliminaires, la croissance des dépenses publiques de santé en 2022 est revenue à un niveau proche de la tendance à long terme, avec une augmentation d'environ 2% en termes réels.
- Les récentes dotations budgétaires supplémentaires en faveur du système de santé visent à rétablir la capacité financière des hôpitaux publics, à améliorer les conditions de travail et les taux de rémunération des professionnels de la santé (en particulier les infirmiers) afin d'augmenter les taux de rétention du personnel, d'améliorer la coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers, d'accélérer la transformation numérique du système de santé et de moderniser le secteur des soins de longue durée. Certains de ces nouveaux investissements sont cofinancés par des fonds européens.
- Selon les estimations, la prévalence des troubles de santé mentale en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE. Les troubles les plus courants sont l'anxiété et la dépression. Il existe d'importantes disparités entre les femmes et les hommes et entre les différents groupes de revenus, les personnes à faibles revenus, en particulier les femmes, connaissant des taux de dépression plus élevés. Malgré l'amélioration de la couverture publique de la psychothérapie depuis 2022, des difficultés subsistent en ce qui concerne la disponibilité et la coordination des soins pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés.

Sources principales

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Or et al. (2023), France: Health system review. Health Systems in Transition, 25(3): i–241, France: health system review 2023 (who.int)

Références

Assurance Maladie (2022), Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires.

Coldefy and Gandré (2022), Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France, Cahier Français

Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (2022), Avis du Comité d'alerte, n° 2022-3

Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (2023), Avis du Comité d'alerte, n° 2023-1

DREES (2020), En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, Études et Résultats n. 1144

DREES (2021), Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les dossiers de la DREES n° 89

DREES (2022a), Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé.

DREES (2022b), Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant des patients des grands pôles urbains en 2021, Études et Résultats, 1249

DREES (2023a), Les dépenses de santé en 2022.

DREES (2023b), En 2021, Le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie, Études et Résultats, 1259

Dumesnil et al (2016), Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville., L'information psychiatrique, 2016/5(90):341-52

ECDC (2022), Health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the European Union and the European Economic Area, 2016-2020

France Assureurs (2022), Livre Blanc: Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge.

Gandré et al. (2019), Experimenting locally with a stepped-care approach for the treatment of mild to moderate mental disorders in France: challenges and opportunities, Health Policy, 123(11):1021-7

Gouvernement de la France (2021), Ségur de la santé: investir pour la santé de tous, partout, Dossier de presse

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (résultats de l'enquête internationale HBSC2021/22): <https://data-browser.hbsc.org>

INSEE (2023), 53 800 décès de plus qu'attendus en 2022 : une surmortalité plus élevée qu'en 2020 et 2021. Insee Première, n° 1951

IRDES (2023), Infirmière en pratique avancée en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile, Questions d'économie de la santé, 277

Ministère de la Santé et de la Prévention (2022), Premier comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

National Suicide Observatory (2022), Suicide, mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19, 5e rapport

OECD (2023), Évaluation du programme national de lutte contre le tabagisme en France, OECD Health Working Paper No. 155

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance, Tackling the burden in the European Union, Briefing note for EU/EEA countries

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	Slovaquie	SK
Belgique	BE	Estonie	EE	Islande	IS	Norvège	NO	Slovénie	SI
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Suède	SE
Chypre	CY	France	FR	Lettonie	LV	Pologne	PL	Tchéquie	CZ
Croatie	HR	Grèce	EL	Lituanie	LT	Portugal	PT		

State of Health in the EU

Profil de santé par pays 2023

Les profils de santé des pays sont un élément clé du cycle de l'état de santé dans l'UE de la Commission européenne, un projet d'échange de connaissances développé avec le soutien financier de l'Union européenne.

Ces profils sont le fruit d'un partenariat entre l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, qui travaillent en tandem avec la Commission européenne. Fondée sur une méthodologie cohérente utilisant des données quantitatives et qualitatives, l'analyse couvre les défis et développements récents en matière de politique de santé dans chaque pays de l'UE/EEE.

L'édition 2023 des profils de santé par pays fournit une synthèse de divers aspects critiques, notamment :

- l'état de santé du pays ;
- les déterminants de la santé, en particulier les facteurs de risque comportementaux ;
- la structure et l'organisation du système de santé ;
- l'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé ;
- Pour la première fois dans la série, un aperçu de l'état de la santé mentale et des services reliés dans chaque pays.

Le rapport de synthèse de la Commission européenne complète les principales conclusions des profils de santé par pays.

Pour plus d'informations, veuillez consulter : ec.europa.eu/health/state

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),

France: Profil de santé par pays 2023, State of Health in the EU,

OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264877306 (PDF)

Series: State of Health in the EU

SSN 25227041 (online)