Commission européenne



State of Health in the EU

France

Profils de santé par pays 2019

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

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* fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers à 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.

Ces profils ont été préparés par l'OCDE et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'information en matière de santé pour leurs commentaires et suggestions précieux.

Table des matières

1. POINTS SAILLANTS 3
2. LA SANTÉ EN FRANCE 4
3. FACTEURS DE RISQUE 7
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ 9
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 12
   5.1. Efficacité 12
   5.2. Accessibilité 16
   5.3. Résilience 19
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS 22

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans les profils de santé par pays proviennent des 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), de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de l'enquête 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 28 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège.

Ce profil a été finalisé au mois d'août 2019 et repose sur les données disponibles en juillet 2019.

Pour télécharger le fichier Excel correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans ce profil, veuillez saisir le lien URL suivant dans votre navigateur internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-France.xls

Contexte démographique et socio-économique de la France, 2017

Facteurs démographiques	France	UE
Population (estimations à mi-année)	66 865 000	511 876 000
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	19,3	19,4
Taux de fécondité[1]	1,9	1,6
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA[2])	31 200	30 000
Taux de pauvreté relative[3] (en %)	13,3	16,9
Taux de chômage (en %)	9,4	7,6

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15-49 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 vivant avec moins de 60 % 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 l'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.

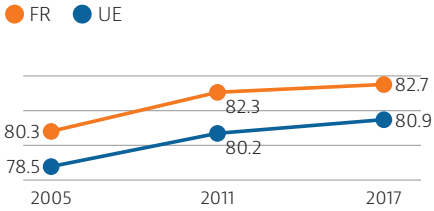
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité additionnelles concernant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) figurent à l'adresse suivante: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Points saillants

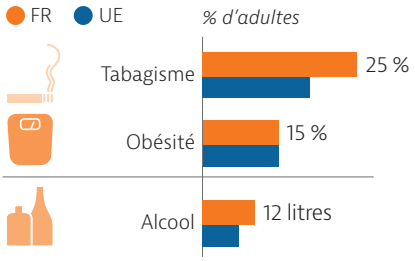
Historiquement, l'espérance de vie en France fait partie des plus élevées d'Europe, mais sa progression a ralenti ces dix dernières années, principalement en raison d'une stagnation de l'accroissement de la longévité chez les personnes âgées. Les écarts d'espérance de vie demeurent importants selon le statut socio-économique et sont essentiellement liés à des facteurs de risque sociaux, environnementaux et individuels. De manière générale, le système de santé français assure un bon accès à des soins de grande qualité; pour autant, les principaux défis à relever sont le renforcement de la prévention pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé, et la poursuite de la transformation du système de santé pour mieux répondre aux besoins du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques.



Espérance de vie à la naissance, en années

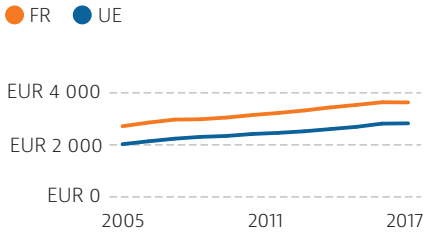
État de santé

L'espérance de vie à la naissance a atteint 82,7 ans en 2017, soit environ deux ans de plus que la moyenne de l'UE, et elle est la troisième plus longue parmi les pays de l'UE (après l'Espagne et l'Italie). Toutefois, l'espérance de vie progresse plus lentement depuis 2011 car les gains chez les personnes âgées ont diminué et on observe même un renversement de la tendance pour certaines années. À 65 ans, les Français peuvent s'attendre à souffrir d'une maladie chronique ou d'une incapacité pendant plus de la moitié des années leur restant à vivre.



Facteurs de risque

Un adulte sur quatre fumait quotidiennement en 2018, contre un sur trois en 2000, ce qui reste néanmoins supérieur à la moyenne de l'UE (19 %). La consommation d'alcool par adulte a également diminué, mais était encore supérieure de 20 % à la moyenne de l'UE en 2017. Plus d'un adulte sur sept était obèse en 2017, contre un sur dix en 2000.



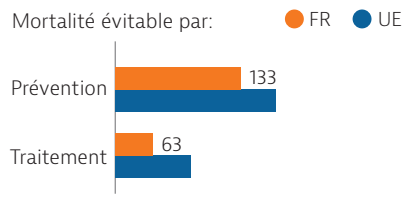
Dépenses par habitant (en euros, PPA)

Système de santé

Les dépenses de santé en France ont augmenté à un rythme modéré au cours de la décennie écoulée. En 2017, la France a dépensé 3 626 EUR par habitant pour la santé, soit 25 % de plus que la moyenne de l'UE. En 2017, les dépenses de santé représentaient plus de 11 % du PIB, soit la proportion la plus élevée de l'UE avec l'Allemagne. La plupart des dépenses de santé est financée par des fonds publics, mais l'assurance maladie privée complémentaire joue un rôle important, ce qui explique pourquoi la part du reste à charge des assurés est la plus faible de l'UE.

Efficacité

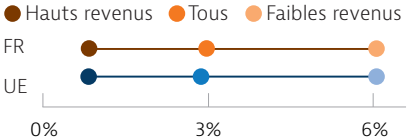
La mortalité évitable par traitements est l'une des plus faibles des pays de l'UE, ce qui témoigne du bon fonctionnement du système de santé lorsqu'il s'agit de sauver la vie de personnes souffrant d'affections aiguës. Néanmoins, la mortalité évitable par prévention est plus élevée que dans de nombreux pays de l'UE, bien que restant inférieure à la moyenne de l'UE.



Taux de mortalité standardisés pour 100 000 habitants, 2016

Accessibilité

L'accès aux soins de santé est généralement bon, mais les besoins non satisfaits pour des prestations moins bien couvertes, telles que les soins dentaires, sont plus importants que pour les soins médicaux. L'accès aux médecins est limité dans certaines zones rurales et défavorisées, mais de nombreuses initiatives ont été lancées pour atténuer ce problème, notamment la création de centres de santé pluridisciplinaires et l'élargissement des compétences des pharmaciens et des infirmiers.



% déclarant des besoins dentaires non satisfaits, 2017

Résilience

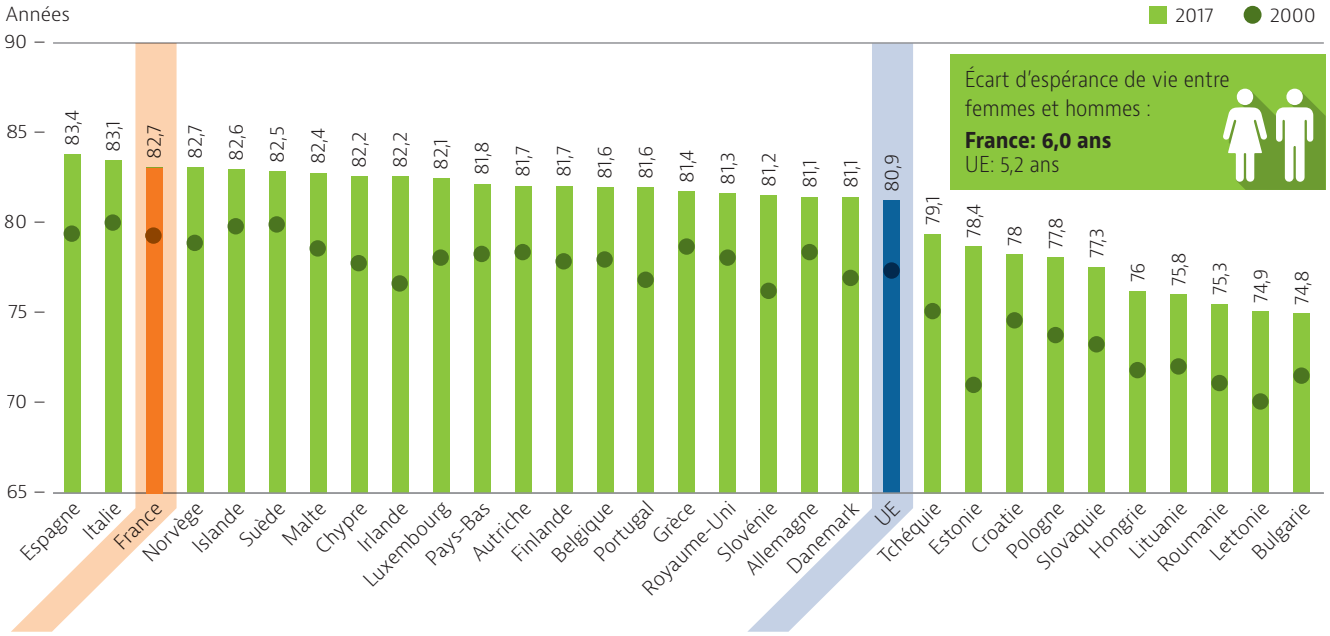
Comme dans d'autres pays de l'UE, le vieillissement de la population va continuer d'accroître la demande en soins de santé et en soins de longue durée en France, et ajouter aux pressions budgétaires. Il est possible d'améliorer la santé de la population en renforçant les politiques de prévention, et de réduire la pression sur les hôpitaux en promouvant une meilleure coordination des soins dispensés en ville pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

2 La santé en France

L'espérance de vie en France est l'une des plus élevées de l'UE, mais un large écart selon le sexe persiste

En 2017, l'espérance de vie à la naissance en France était de 82,7 ans, soit la troisième plus longue de l'UE après l'Espagne et l'Italie (graphique 1). Elle est particulièrement élevée chez les femmes (en deuxième position après l'Espagne), mais seulement à la neuvième place pour les hommes. L'écart d'espérance vie entre les femmes et les hommes en 2017 était de 6 ans, supérieur à la moyenne de l'UE et le plus important parmi l'ensemble des pays d'Europe occidentale. Toutefois, cet écart s'est réduit d'environ un an depuis 2010.

Graphique 1. L'espérance de vie en France reste l'une des plus longues parmi les pays de l'UE



Source: base de données d'Eurostat.

Les gains d'espérance de vie ont ralenti au cours de la décennie écoulée, notamment chez les femmes

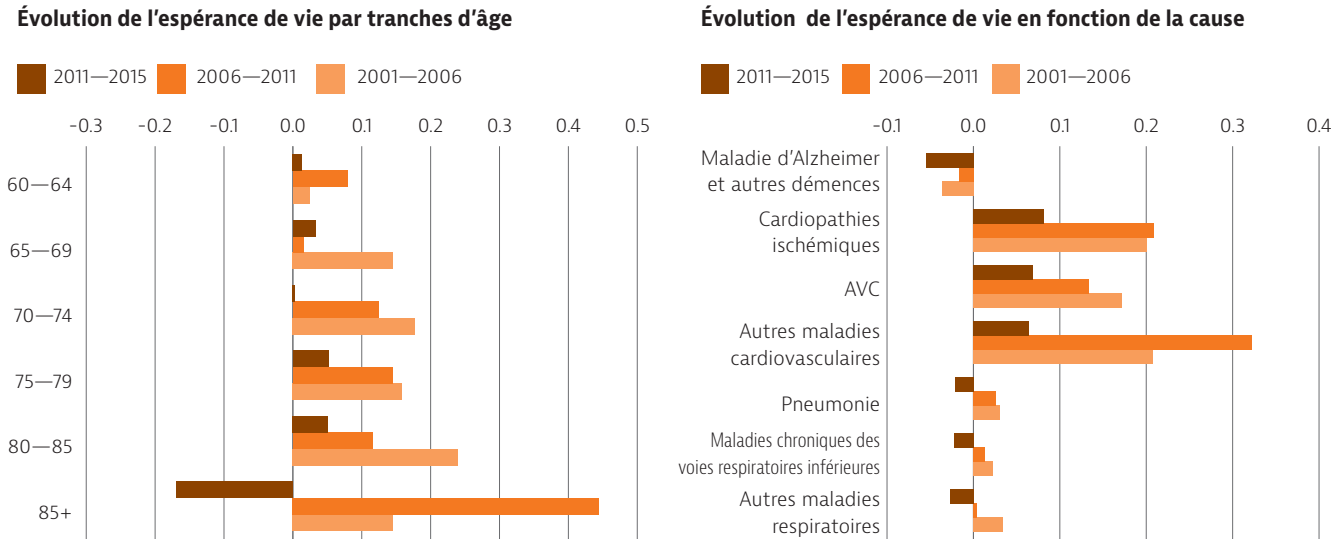
Bien que l'espérance de vie des femmes françaises soit longue, elle s'est accrue de moins d'un an entre 2010 et 2018, contre environ deux ans au cours de la décennie précédente. L'accroissement de l'espérance de vie pour les hommes français a aussi ralenti, passant à 1,5 an entre 2010 et 2018 contre environ trois ans au cours de la période 2000-2010. Ce ralentissement a également été observé au Royaume-Uni et dans plusieurs autres pays de l'UE (Raleigh, 2019).

En France, comme dans d'autres pays d'Europe occidentale, le ralentissement des gains de l'espérance de vie au cours de cette décennie est principalement dû à un ralentissement de la réduction des taux de mortalité à un âge avancé. Une augmentation du taux de mortalité a même été observée chez les personnes de 85 ans et plus entre 2011 et 2015, ce qui a entraîné une diminution de l'espérance de vie (graphique 2). La mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires a ralenti, et le nombre de décès dus à la maladie d'Alzheimer et aux autres formes de démence a augmenté entre 2011 et 2015, à l'instar du taux de mortalité imputable aux pneumonies et autres maladies respiratoires.

Les inégalités sociales d'espérance de vie sont importantes

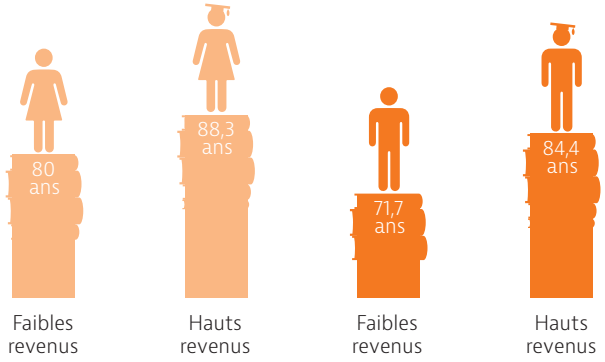
Les disparités d'espérance de vie en France sont importantes, non seulement entre les femmes et les hommes, mais également en fonction du statut socio-économique. L'espérance de vie des hommes disposant des revenus les plus faibles est 13 années plus courte que celle des hommes ayant des revenus les plus élevés (graphique 3). L'écart était de 8 ans chez les femmes (INSEE, 2018). Cette disparité selon les revenus peut s'expliquer, en partie tout du moins, par les différences de niveau d'éducation et de conditions de vie, d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé.

Graphique 2. Les gains d'espérance de vie ont ralenti principalement chez les personnes âgées



Source: calculs des auteurs (à partir de la base de données d'Eurostat).

Graphique 3. Les différences d'espérance de vie selon le niveau de revenus sont d'environ 13 ans pour les hommes et 8 ans pour les femmes



Remarque: la catégorie « hauts revenus » désigne les 5 % de personnes disposant des revenus les plus élevés; la catégorie « faibles revenus » réfère aux 5 % de personnes disposant des revenus les plus faibles.
Source: INSEE, 2018 (les données concernent la période 2012-2016).

La plupart des Français déclarent être en bonne santé, mais des disparités sociales existent

En 2017, environ deux tiers de la population a déclaré être en bonne santé, soit une proportion proche de la moyenne de l'UE. Cependant, comme dans d'autres pays, les personnes ayant des revenus plus élevés sont plus fréquemment susceptibles de déclarer être en bonne santé que celles disposant de revenus plus faibles. En 2017, 73 % de la population française du quintile supérieur de revenus déclaraient être en bonne santé, contre 63 % de la population appartenant au quintile inférieur. En comparaison, les moyennes de l'UE sont de 80 % et 61 % respectivement. Un gradient similaire est observé par niveau d'éducation.

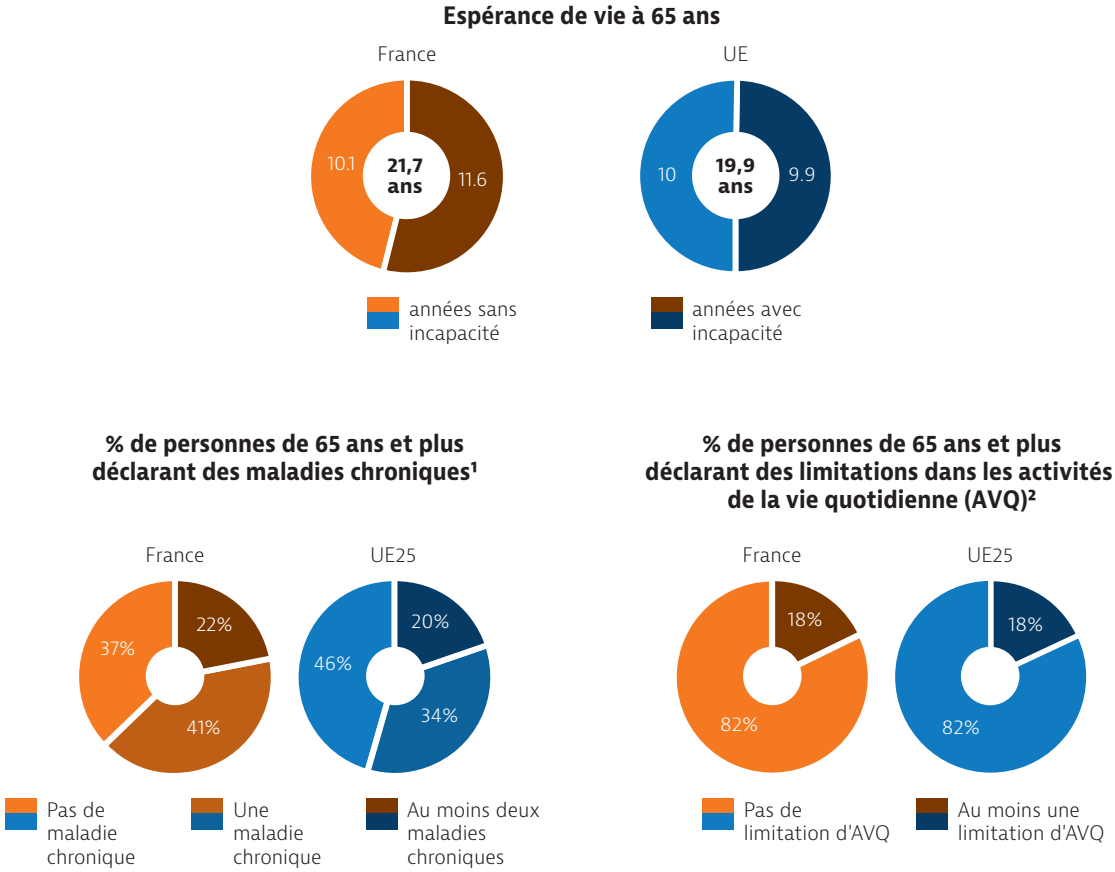
Les Français vivent plus longtemps qu'avant, mais ils ne vieillissent pas tous en bonne santé

Les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population française. En 2017, une personne sur cinq avait 65 ans et plus, contre une sur sept en 1980, et cette part devrait passer à plus d'une sur quatre d'ici 2050 selon les prévisions.

L'espérance de vie des Français à 65 ans s'est allongée au cours des précédentes décennies, à un rythme qui s'est toutefois ralenti ces dernières années. En 2017, ils pouvaient s'attendre à vivre 22 années supplémentaires, soit presque deux ans de plus que la moyenne de l'UE (graphique 4). Pour autant, si de nombreuses personnes vieillissent en bonne santé, d'autres présenteront un état de santé susceptible de limiter leurs activités. En 2017, les Français de 65 ans pouvaient s'attendre, en moyenne, à vivre dix ans sans incapacité et environ douze ans avec des limitations dans leurs activités.

En 2017, plus de trois personnes sur cinq âgées de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'au moins une maladie chronique, bien que cela ne les empêche pas nécessairement de vivre une vie normale. La majorité des personnes peuvent en effet continuer à vivre en autonomie lorsqu'elles vieillissent, bien qu'une personne sur six déclarait être, dans une certaine mesure, limitée dans des activités élémentaires de la vie quotidienne (telles que s'habiller et manger) pouvant nécessiter des soins de longue durée. Une personne sur trois de plus de 65 ans présentait certains symptômes de dépression, soit une proportion légèrement plus importante que la moyenne de l'UE.

Graphique 4. Après 65 ans, de nombreuses années sont vécues avec des maladies chroniques et des incapacités



Remarque: 1. Les maladies chroniques comprennent les crises cardiaques, les AVC, le diabète, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde. 2. Les activités élémentaires de la vie quotidienne sont les suivantes : s'habiller, se déplacer dans une pièce, prendre un bain ou une douche, manger, se lever ou se coucher, aller aux toilettes. 3. Une personne est considérée présenter des symptômes de dépression si elle déclare plus de 3 symptômes de dépression (sur 12 possibles).
Source: base de données d'Eurostat sur l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé (les données concernent l'année 2017); enquête SHARE pour les autres indicateurs (les données concernent l'année 2017).

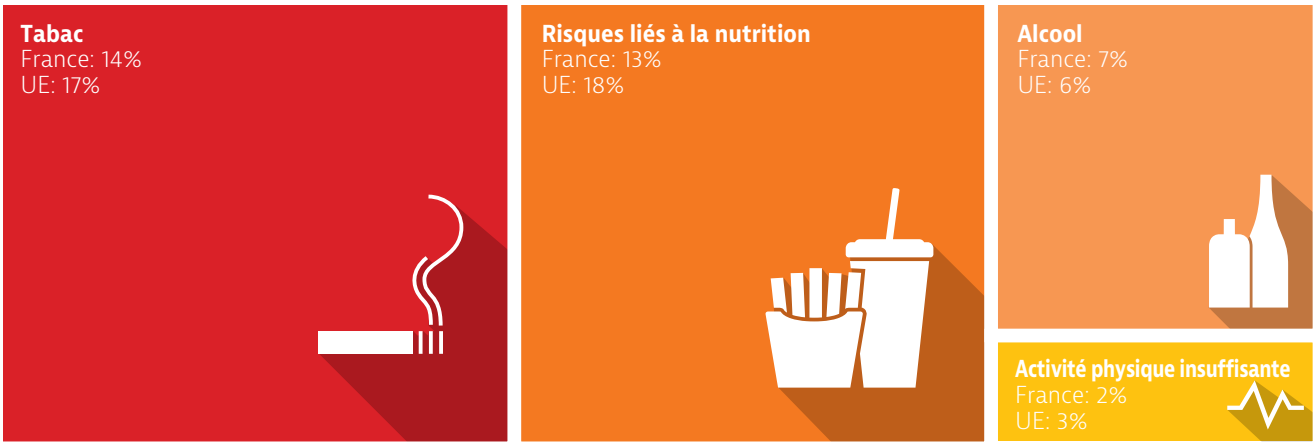
3 Facteurs de risque

Les facteurs de risques comportementaux sont un vecteur majeur de mortalité

Historiquement, la France se situe derrière les autres pays d'Europe occidentale en matière d'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Environ un tiers de l'ensemble des décès en 2017 pouvait être imputé à des facteurs de risques liés au comportement, tels que le tabagisme, les risques liés à une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool et une activité physique réduite (IHME, 2018; graphique 5).

Environ 14 % de l'ensemble des décès (plus de 80 000) pouvaient être imputés au seul tabagisme (actif et passif) en 2017. Les risques liés à l'alimentation (incluant une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de sucre et de sel) sont estimés représenter environ 13 % de l'ensemble des décès en France, un taux bien inférieur à celui de la moyenne de l'UE (18 %) mais correspondant tout de même à 75 000 décès. Environ 7 % (40 000) de l'ensemble des décès peuvent être imputés à la consommation d'alcool, tandis que 2 % (13 000) peuvent être liés à une activité physique insuffisante.

Graphique 5. Environ un tiers de l'ensemble des décès en France peut être imputé à des facteurs de risques comportementaux



Remarque: Le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque (190 000) est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement (210 000) car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés à la nutrition comptent 14 composantes, telles une faible consommation de fruits et de légumes et la consommation élevée de sel et de boissons sucrées.
Source: IHME (2018), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2017).

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

La proportion de fumeurs chez les adultes a diminué au cours des deux décennies écoulées, passant de 30 % en 2000 à 25 % en 2018. Toutefois, cette proportion reste plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE (graphique 6). De même, la proportion de fumeurs chez les adolescents (de 15 et 16 ans) a légèrement diminué, mais elle reste plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE. Cette tendance à la baisse indique que des progrès sont encore possibles en matière de lutte contre le tabac (voir la section 5.1).

Alors que la consommation d'alcool a diminué entre 2000 et 2012, elle s'est stabilisée depuis 2013 et demeure presque 20 % supérieure à la moyenne de l'UE. La proportion des jeunes de 15 et 16 ans qui déclarent une consommation excessive d'alcool[1] est inférieure à celle des jeunes de la plupart des pays de l'UE : elle est passée de 40 % en 2007 à environ 30 % en 2015[2].

Les taux de surpoids et d'obésité sont en deçà de ceux dans la plupart des autres pays de l'UE

Selon des données autodéclarées, le taux d'obésité chez les adultes en France a augmenté, passant de 9 % en 2000 à 15 % en 2017, soit plus ou moins le taux moyen de l'UE[3]. Les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants de 15 ans ont également augmenté légèrement, atteignant 14 % en 2013-2014, mais restent quant à eux inférieurs à ceux de la plupart des pays de l'UE[4].

En France comme dans d'autres pays, une alimentation déséquilibrée est le principal facteur contribuant au surpoids et à l'obésité. Si la proportion d'adultes qui déclarent manger au moins une portion de fruit ou de légume par jour est plus élevée en France que dans la plupart des autres pays de l'UE, en 2017, environ 30 % d'adultes déclaraient ne pas manger de légumes tous les jours et 40 % ne manger aucun fruit.

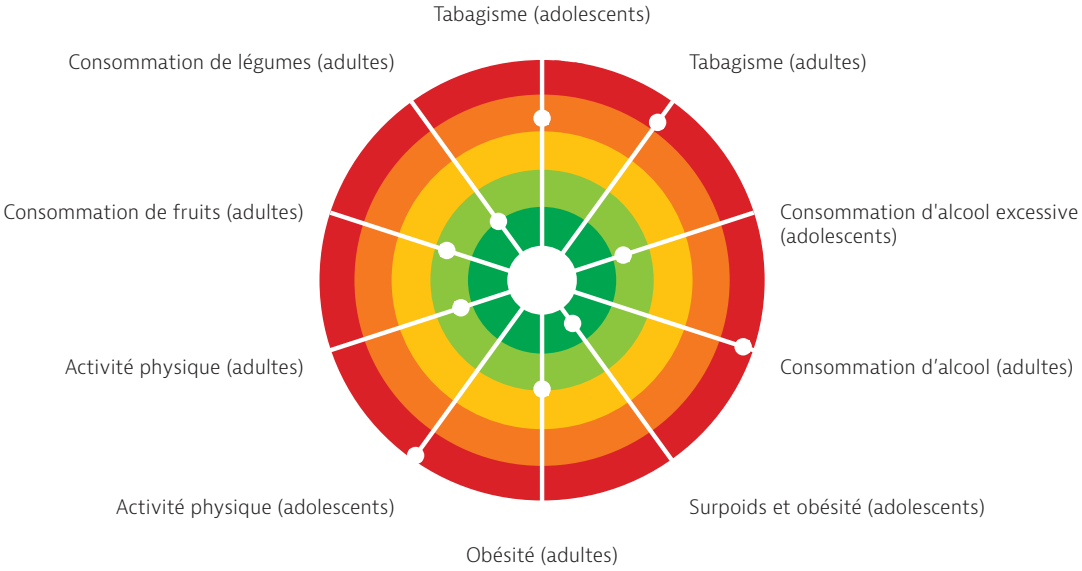
1: On entend par « consommation excessive d'alcool » le fait pour un adolescent de consommer cinq boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion.
2: Les résultats plus récents de l'enquête ESCAPAD de 2017 en France ont aussi révélé une réduction de la proportion d'adolescents déclarant une consommation excessive d'alcool, mais les taux sont plus élevés que ceux de l'enquête européenne ESPAD de 2015 utilisée ici (44 % contre 30 %).
3: Sur la base de la mesure réelle de la taille et du poids des personnes, le taux d'obésité est plus élevé, mais il est demeuré stable, à 17 %, entre 2006 et 2016.
4: Les résultats de l'enquête nationale de santé 2016-2017 en milieu scolaire ont révélé que 18 % des enfants de 14 ans et de 15 ans étaient en surpoids ou obèses.

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

Une activité physique insuffisante contribue également au surpoids et à l'obésité. La proportion d'adolescents français déclarant avoir au moins une activité physique modérée tous les jours était la deuxième plus faible des pays de l'UE en 2013-2014, après l'Italie. Cela est particulièrement le cas chez les adolescentes : seuls 6 % des adolescentes de 15 ans déclaraient exercer une activité physique modérée, soit une proportion plus de deux fois inférieure à celle des garçons du même âge (14 %).

Plus positivement, la proportion d'adultes français qui déclaraient se livrer à au moins une activité physique modérée chaque semaine était supérieure à celle de plusieurs autres pays de l'UE. Néanmoins, environ 30 % d'adultes ne satisfaisaient pas en 2014 à la recommandation de l'OMS qui conseille de pratiquer au moins 2,5 heures d'activité physique modérée par semaine.

Graphique 6. Le tabagisme, l'alcool et une activité physique réduite sont des problèmes de santé publique importants



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 à partir de l'enquête ESPAD 2015 et l'enquête HBSC 2013-2014 pour les indicateurs concernant les enfants ; et des statistiques de EU-SILC 2017, du Baromètre santé français 2018, d'EHIS 2014 et des statistiques de l'OCDE sur la santé de 2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

4 Le système de santé

Le système d'assurance maladie français est centralisé, avec des compétences régionales

Le système de santé français repose principalement sur un système d'assurance maladie, où l'État joue, traditionnellement, un rôle de premier plan. Ce système de payeur unique repose de plus en plus sur les revenus de la fiscalité pour assurer la viabilité des fonds d'assurance maladie. Au cours des deux décennies écoulées, l'État s'est davantage investi dans le contrôle des dépenses de santé financées par le système d'assurance maladie (ci-après dénommé Assurance Maladie). Depuis 2009, les Agences Régionales de Santé jouent un rôle croissant dans l'organisation des soins de santé à l'échelle locale.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, adoptée en 2017, fixe des objectifs ambitieux qui couvrent à la fois la prévention et les soins de santé (encadré 1).

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

Les dépenses de santé en part du PIB ont augmenté au cours de la décennie écoulée, passant de 10,3 % en 2007 à 11,3 % en 2017, soit la part de PIB consacrée à la santé la plus élevée de l'UE avec l'Allemagne, et largement supérieure à la moyenne de l'UE de 9,8 % (graphique 7). Toutefois, la France n'arrive qu'à la sixième place du classement des dépenses de santé par habitant, avec 3 626 EUR par habitant en 2017 (montant ajusté pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat). Même si ces dépenses dépassent de 25 % la moyenne de l'UE (2 884 EUR), plusieurs pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark, dépensent plus.

Encadré 1. La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 vise à améliorer la santé publique et les soins de santé

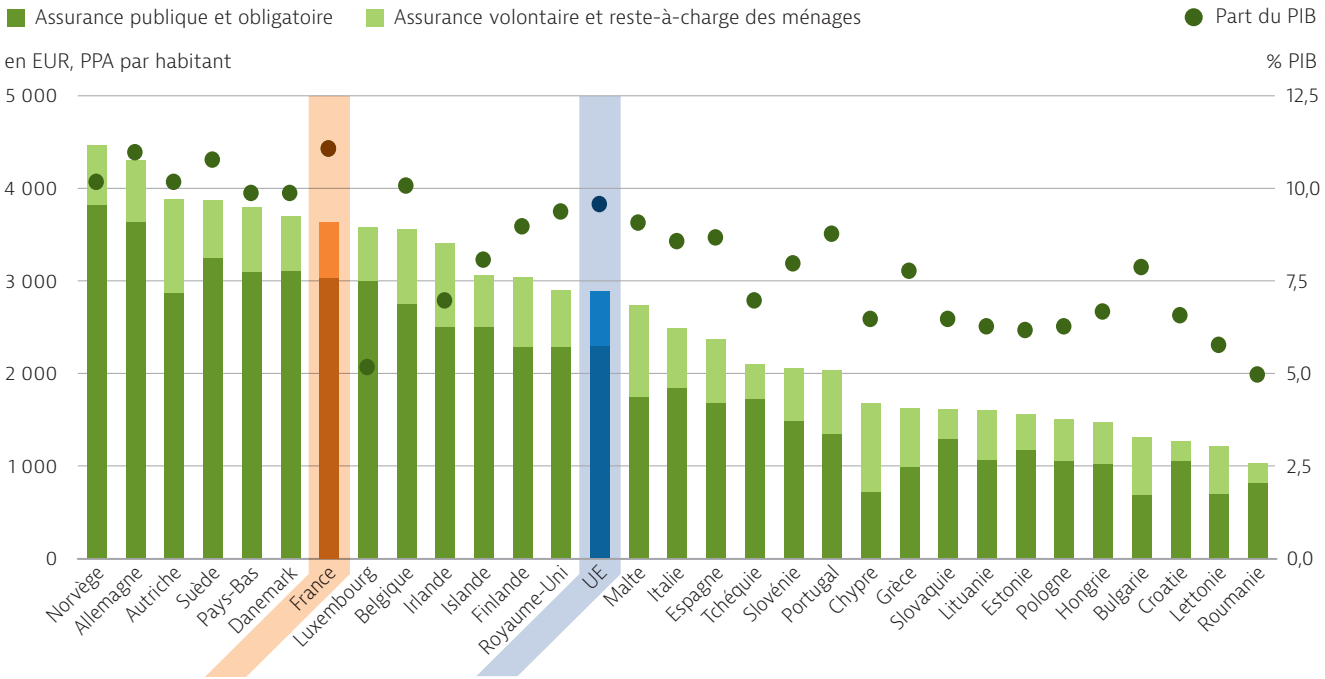
La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 constitue un cadre d'action pour améliorer la santé publique et le système de santé, et réduire les inégalités en matière de santé. Elle s'articule autour de quatre grandes priorités :

- accorder une plus grande attention aux politiques de promotion de la santé et de prévention tout au long de la vie et dans tous les groupes socioéconomiques;
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des soins;
- innover pour transformer le système de santé en réaffirmant le rôle de ses usagers.

Cette stratégie prévoit une série de mesures dont certaines sont présentées à la section 5.

Source : Ministère des solidarités et de la santé (2017).

Graphique 7. Les dépenses de santé en France sont plus élevées que dans la majorité des pays de l'UE

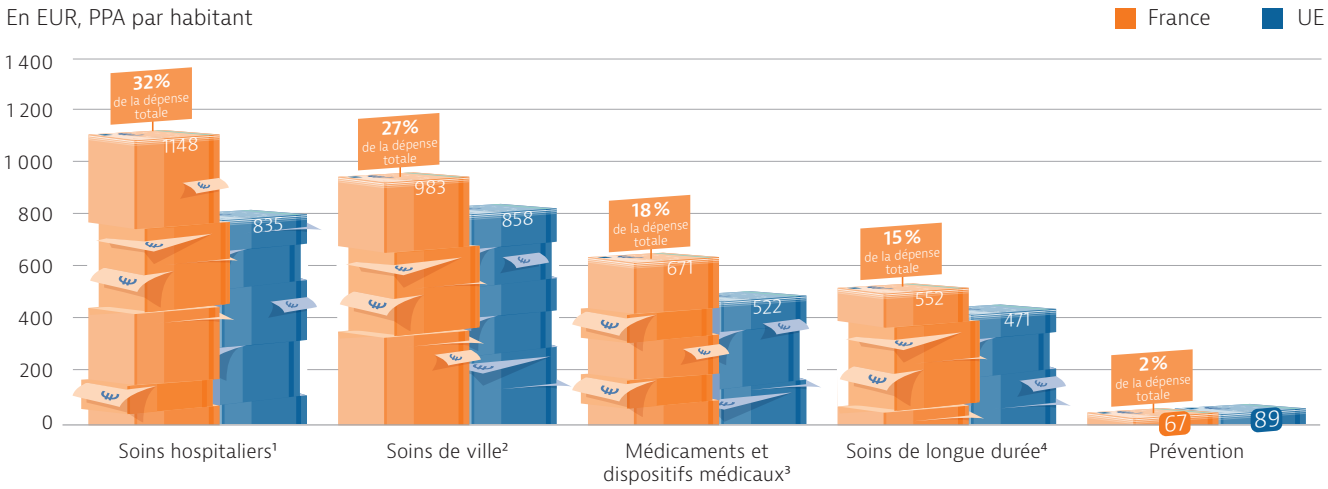


Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

La majorité des dépenses de santé sont concentrées sur les soins hospitaliers et les soins de ville

Le plus grand poste de dépenses de santé en France correspond aux soins hospitaliers dispensés dans les secteurs publics et privés. Ils représentaient environ un tiers de l'ensemble des dépenses de santé en 2017, soit une part plus élevée que la moyenne de l'UE de 29 % (graphique 8). Plus d'un quart des dépenses de santé était consacré aux soins de ville, comprenant notamment les soins de premier recours, les soins spécialisés et les soins dentaires. Les dépenses affectées aux médicaments et dispositifs médicaux dispensés hors de l'hôpital représentaient presque un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé, et les soins de longue durée plus d'un septième. Les dépenses consacrées à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3.1 % de moyenne dans l'UE, mais ce chiffre n'inclut toutefois que les dépenses consacrées à des programmes de prévention.

Graphique 8. La plus grande part des dépenses de santé va aux soins hospitaliers et aux soins de ville, mais peu à la prévention



Remarque: Les dépenses d'administration ne sont pas incluses. 1. inclut les soins curatifs et de réadaptation dispensés à l'hôpital ou dans d'autres établissements; 2. inclut les soins à domicile; 3. inclut uniquement la consommation non hospitalière; 4. inclut uniquement la composante « santé ».
Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017).

La couverture maladie universelle est une priorité majeure

Le système d'assurance maladie français couvre pratiquement toute la population par l'intermédiaire de différents régimes obligatoires. Le fonds principal (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, CNAM) couvre 92 % de la population et le fonds d'assurance maladie des exploitants agricoles (Mutuelle Sociale Agricole) couvre 7 % de la population. D'autres petits fonds couvrent le 1 % restant.

La loi de 2000 sur la couverture maladie universelle a modifié le critère d'éligibilité à la couverture de l'assurance maladie, remplaçant l'activité professionnelle par le lieu de résidence pour couvrir la part, modeste mais en augmentation, des personnes non assurées. En 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMa) a remplacé la couverture maladie universelle créée par la loi de 2000 pour supprimer les écarts de couverture en cas de changement de statut et pour faciliter l'inscription administrative. Le système prévoit en outre un régime financé entièrement par l'État qui permet aux immigrants en situation irrégulière d'accéder à un panier standard de prestations.

Le panier de soins est large, mais s'accompagne de différents types de reste à charge

Le panier de soins est vaste et comprend non seulement les soins hospitaliers et les soins de ville, mais également les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux, le transport sanitaire, les soins de santé mentale et les soins dentaires.

Cependant, le niveau de la couverture varie selon les biens et les services. Le principal type de reste à charge correspond à un pourcentage des prix réglementés et varie entre 10 % des tarifs habituels des soins hospitaliers et 30 % pour les visites du médecin, et jusqu'à 35-85 % pour les médicaments sur ordonnance[5]. Les patients doivent aussi payer une petite franchise pour chaque consultation chez le médecin, ordonnance de médicaments et transport médical, à hauteur d'une limite annuelle. Le degré de couverture est en outre relativement limité pour les produits d'optique et les prothèses dentaires, bien que la prise en charge des soins dentaires devrait augmenter à partir de 2020 (voir la section 5.2). Les personnes souffrant de maladies chroniques, les femmes enceintes, les victimes d'accidents de travail et les personnes disposant de revenus très faibles sont exonérées de la plupart ou de l'ensemble de ces co-paiements.

Les dépenses de santé sont principalement financées par des régimes d'assurance publics et obligatoires

Les régimes d'assurance publics finançaient 78 % de l'ensemble des dépenses de santé en France en 2017 (contre 76 % dix ans auparavant), et les assurances

5: Les médecins qui ont choisi d'exercer dans le « secteur 2 » peuvent fixer des honoraires plus élevés que ceux définis par l'Assurance Maladie pour la majorité des médecins exerçant dans le « secteur 1 ». La différence entre les honoraires et les tarifs définis est à la charge des patients ou à la charge de leur assurance complémentaire santé.

privées complémentaires obligatoires en couvraient 5 %[6]. Les recettes de ces régimes d'assurance obligatoires proviennent en grande partie des cotisations à la sécurité sociale payées par les salariés et par les employeurs, ainsi que d'autres impôts et taxes telles que les taxes sur le tabac et sur l'alcool. Depuis 1996, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie est contrôlée par un objectif national appelé «ONDAM» (objectif national de dépenses d'assurance maladie). L'objectif pour 2019 fixe un taux de croissance de 2,5 %.

L'assurance privée volontaire joue un rôle important en France : elle représente environ 7 % du total des dépenses (contre moins de 4 % dans l'UE). La quasi-totalité de la population (95 %) souscrit une assurance maladie complémentaire, obligatoire ou volontaire, essentiellement pour couvrir les restes à charge des prestations de santé, des produits pharmaceutiques, des lunettes et des soins dentaires. Les 9 % restants sont à la charge directe des assurés, ce qui représente la part la plus faible parmi les pays de l'UE et est bien en dessous de la moyenne de l'UE (environ 16 %).

Les Français sont encouragés à consulter un généraliste pour être orientés vers d'autres spécialistes

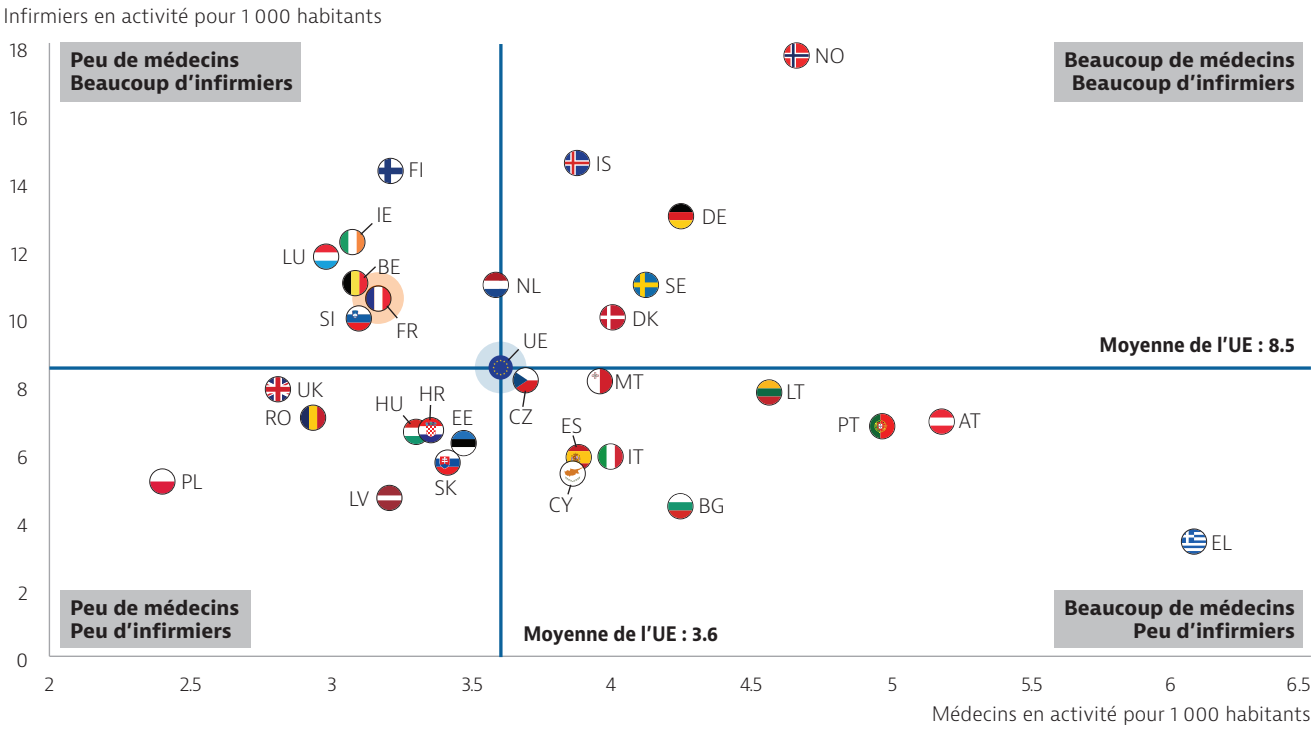
Les soins de premier recours et les soins spécialisés pratiqués en dehors de l'hôpital sont principalement assurés par des médecins, des dentistes et des auxiliaires médicaux (y compris des infirmiers et des kinésithérapeutes) établis à leur compte et qui exercent dans leur propre cabinet. Les professionnels de santé qui travaillent dans des hôpitaux et des centres de santé publics ont généralement le statut de salarié. Depuis la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, les médecins généralistes se sont vu conférer un rôle plus important dans la coordination des soins dans le cadre d'un système de « semi-gatekeeping » (filtrage par le médecin traitant de l'accès aux soins spécialisés). Ce dispositif s'accompagne d'incitations financières pour encourager les patients à prendre rendez-vous avec leur généraliste avant d'aller consulter un spécialiste, bien que cela semble n'avoir eu que peu d'effets sur le comportement des patients (Dumontet et al., 2017).

Le nombre de médecins par habitant est resté stable et en deçà de la moyenne de l'UE

Le nombre de médecins par habitant est resté relativement stable au cours de la décennie écoulée, alors qu'il a augmenté dans la plupart des autres pays de l'UE; par conséquent, le nombre de médecins en France est aujourd'hui en deçà de la moyenne de l'UE. En 2017, la France comptait 3,2 médecins pour 1 000 habitants, contre 3,6 en moyenne dans l'UE. À l'inverse, le nombre d'infirmiers par habitant a augmenté, passant de 7,6 pour 1 000 habitants en 2007 à 10,5 pour 1 000 habitants en 2017, ce qui est au-dessus de la moyenne de l'UE (graphique 9).

Pour autant, la densité des professionnels de santé varie beaucoup d'une région à l'autre, certaines régions faisant face à des pénuries. Par ailleurs, l'éventualité d'une aggravation de la pénurie de médecins due aux nombreux départs à la retraite dans les dix prochaines années suscite des inquiétudes de plus en plus vives (voir la section 5.2).

Graphique 9. La France compte moins de médecins par habitant que la moyenne de l'UE 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 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 2017 ou de l'année la plus proche).

6: Cette proportion est plus élevée que les chiffres rapportés par le Ministère des solidarités et de la santé car il inclut le financement des assurances complémentaires santé obligatoires.

5 Performance du système de santé

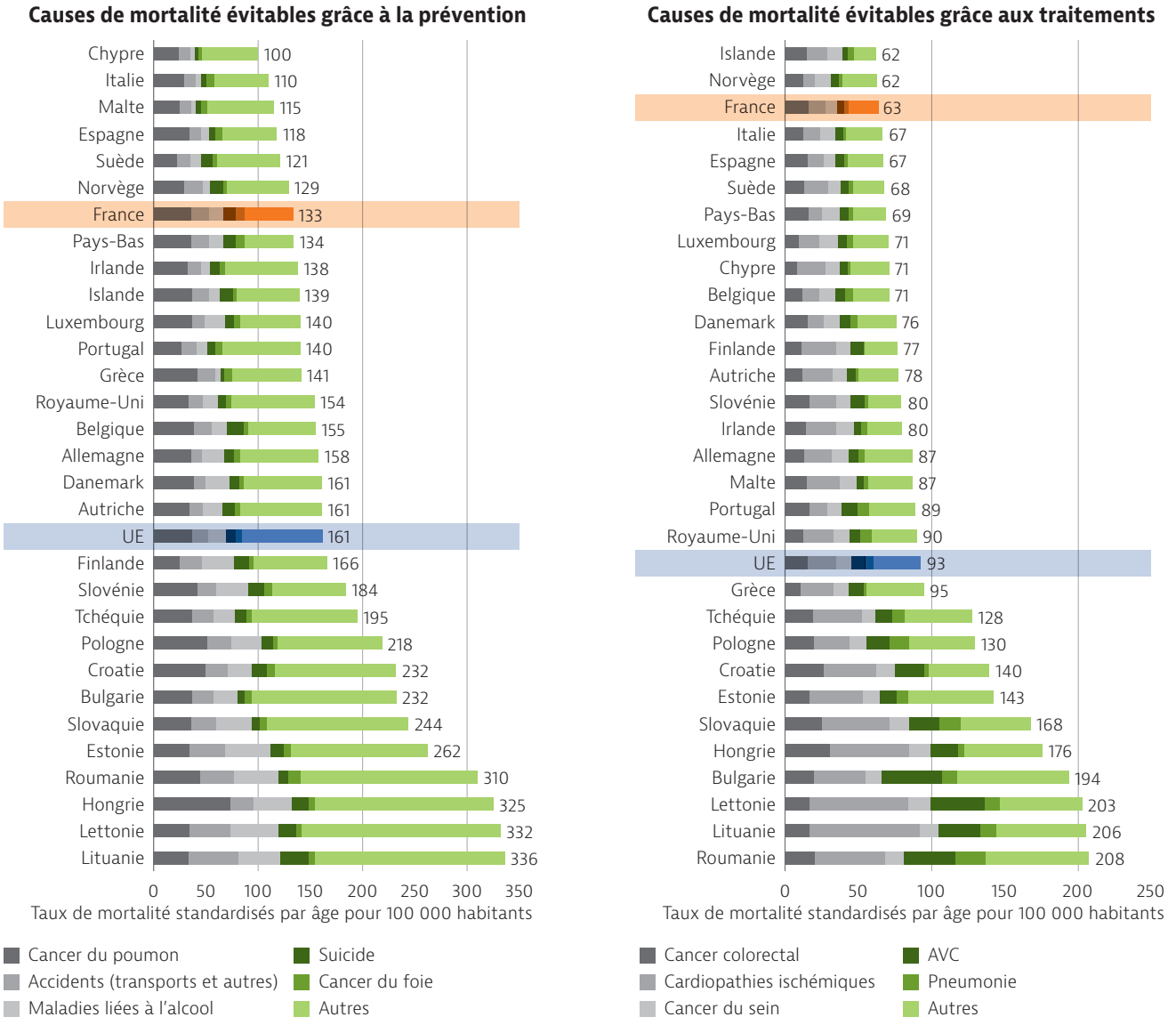
5.1. Efficacité

La France se positionne bien en matière de mortalité évitable grâce aux traitements, mais moins bien en matière de mortalité évitable grâce à la prévention

La France obtient de très bons résultats s'agissant des causes de mortalité évitables grâce aux traitements, ce qui témoigne de l'efficacité du système de santé pour sauver la vie de personnes souffrant d'affections aiguës (graphique 10). Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements était l'un des plus bas des pays de l'UE en 2016, et très en deçà de la moyenne de l'UE. Les premières causes de mortalité évitables grâce à des traitements en France sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, l'AVC et la pneumonie.

En revanche, la mortalité évitable grâce à la prévention est plus importante que celle retrouvée dans des pays tels que l'Italie, l'Espagne et la Suède, mais reste toutefois inférieure à la moyenne de l'UE. Les premières causes de mortalité évitable grâce à la prévention sont le cancer du poumon, les accidents (de la route et autres), une consommation abusive d'alcool et le suicide.

Graphique 10. Les causes de mortalité évitables grâce à la prévention et aux traitements sont inférieures à la moyenne de l'UE



Remarque: 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. On entend par « mortalité évitable grâce aux traitements » 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). Ces données sont basées sur les listes révisées de l'OCDE et d'Eurostat.
Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2016).

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 de la France met l'accent sur la prévention, mais les investissements demeurent modestes

Traditionnellement, la prévention a été l'un des parents pauvres des politiques de santé en France. En 2017, moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé étaient alloués à la santé publique et à la prévention des maladies, soit une proportion inférieure à la moyenne de l'UE de 3,1 %. La première priorité de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 est d'accorder une plus grande attention aux politiques de promotion de la santé et de prévention, à tous les âges de la vie et pour tous les groupes socio-économiques, ce grâce à un large éventail d'interventions. Pour autant, le budget alloué au plan national de santé publique demeure assez modeste (400 millions d'EUR seulement sur cinq ans).

Les politiques de lutte contre le tabac ont contribué à réduire le tabagisme, mais des progrès sont encore possibles

Au cours des dernières années, la France a adopté un certain nombre de mesures visant à prévenir le tabagisme et à aider les fumeurs à arrêter. Celles-ci inclut la campagne publique #MoisSansTabac, lancée en 2016, l'introduction de paquets neutres en 2017, une meilleure prise en charge des produits de substitution depuis 2018, et la création d'une application pour aider les fumeurs à arrêter (encadré 2). En outre, en 2017, un nouveau fonds a été créé afin de lutter contre le tabagisme, d'aider les fumeurs à arrêter et de financer des projets de recherche à l'appui des politiques de prévention contre le tabac (100 millions d'EUR en 2018). En 2018, le gouvernement a également augmenté les taxes sur le paquet de 20 cigarettes de près de 1 EUR en moyenne, ce qui a contribué à la baisse des ventes de cigarettes de 9 % la même année. En 2019, les taxes sur le tabac ont encore augmenté, en moyenne de 50 à 60 centimes sur le paquet de 20 cigarettes.

Encadré 2. L'appli « Tabac Info Service » aide les fumeurs à arrêter de fumer et à éviter la rechute

Les pratiques médicales et de santé publique qui s'appuient sur des technologies mobiles (santé mobile ou mHealth) se développent en France. Ces technologies permettent de suivre, d'enregistrer et de communiquer des informations de santé aux patients et aux professionnels à distance. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie et Santé Publique France ont lancé l'appli Tabac Info Service en 2015 pour offrir une solution personnalisée aux fumeurs souhaitant arrêter de fumer ou éviter de reprendre. Les fumeurs bénéficient d'un accompagnement et de conseils personnalisés pour ne pas prendre de poids et apprendre à gérer leur stress, et peuvent aussi regarder des vidéos de relaxation et de visualisation positive sur leur appli. Un expert spécialisé dans les questions de tabagisme peut aussi être contacté si nécessaire. En 2017, l'appli a été téléchargée 110 000 fois.

Les récentes politiques de lutte contre la consommation excessive d'alcool se cantonnent à sensibiliser le public aux risques pour la santé

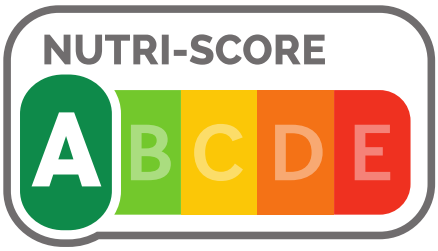
Historiquement, les politiques de lutte contre l'alcoolisme en France ont essentiellement consisté à légiférer sur les ventes d'alcool, la consommation et la commercialisation ainsi que les taxes. L'une des grandes avancées a été la loi Évin adoptée en 1991, qui a introduit une réglementation stricte sur la publicité des boissons alcoolisées, l'interdisant dans tous les médias traditionnels à la portée des personnes de moins de 18 ans (tels que la télévision). Une loi de 2009 a étendu ces dispositions aux sites internet qui ciblent principalement les jeunes et aux sites de sport, mais la publicité en ligne de produits alcoolisés sur d'autres sites internet n'est toujours pas réglementée. L'application de la loi Évin a été assouplie ces dernières années: en 2016, la publicité de produits alcoolisés a été autorisée dès lors qu'elle était reliée à une région ou un patrimoine culturel.

Le niveau de taxation des produits alcoolisés dépend généralement de leur titre alcoométrique, à quelques exceptions près, notamment pour le vin. Alors que les taxes sur les bières et les spiritueux ont augmenté en 2012, la France continue d'imposer des niveaux de taxation sur les vins plus faibles que dans la plupart des pays de l'UE.

Les mesures prises récemment pour réduire la consommation d'alcool se concentrent avant tout sur la sensibilisation du public aux dangers que représente pour la santé une consommation abusive d'alcool par le biais de campagnes d'information visant les médias et les professionnels de santé. Les mises en garde sur les risques de santé que pose la consommation d'alcool durant la grossesse devraient par ailleurs être plus visibles sur les produits alcoolisés à partir de 2019.

La France a développé un logo nutritionnel pour améliorer les habitudes alimentaires et lutter contre l'augmentation du taux d'obésité

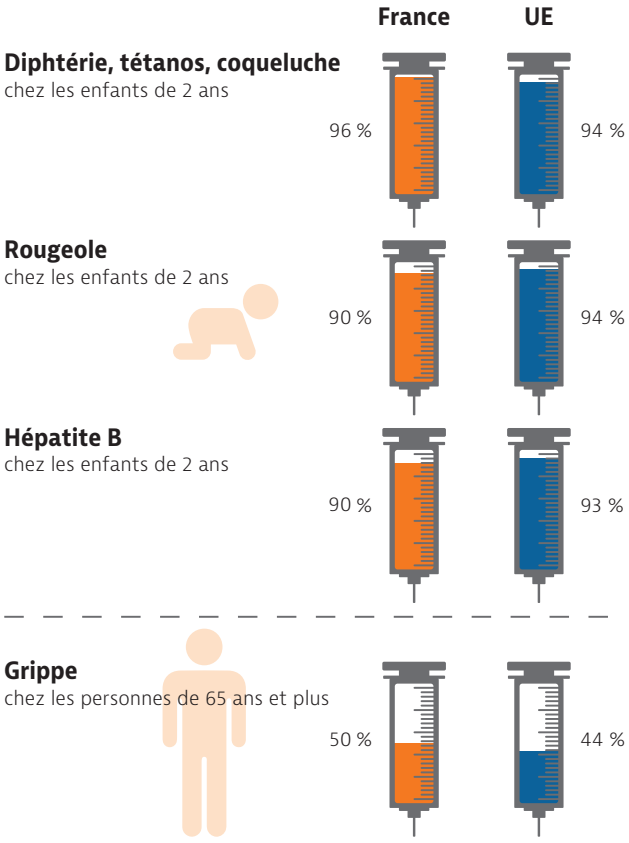
La France a également lancé un certain nombre d'initiatives pour promouvoir des habitudes alimentaires plus saines, notamment en améliorant les informations à la disposition du consommateur. En 2017, Santé Publique France a conçu un logo nutritionnel officiel, appelé « nutri-score », qui fournit des informations faciles à comprendre sur la qualité nutritionnelle générale des produits alimentaires. L'application de ce logo est volontaire : en juillet 2019, 140 producteurs et distributeurs s'étaient engagés à apposer le logo nutritionnel sur leurs produits (représentant plus de 20 % de part de marché).



Le nombre de vaccinations obligatoires chez les enfants a augmenté

Jusqu'en 2018, les taux de vaccination infantile avaient baissé pour plusieurs vaccins non obligatoires et n'atteignaient pas l'objectif de l'OMS de 95 %, en raison des inquiétudes de la population quant à la sécurité et à l'utilité des vaccins. En janvier 2018, huit vaccins supplémentaires ont été rendus obligatoires pour les enfants, en plus des trois qui l'étaient déjà. Les premiers résultats de l'effet de cette nouvelle politique montrent que la couverture pour la première dose de ces vaccins a augmenté pour les nourrissons nés depuis l'extension de l'obligation (Ministère des solidarités et de la santé, Santé Publique France, 2019). Toutefois, ces augmentations récentes ne se reflètent pas encore dans les taux de couverture vaccinale de 2018 des enfants de 2 ans, les effets de la nouvelle politique de vaccination obligatoire ne s'étant pas encore fait pleinement sentir (graphique 11).

Graphique 11. Les vaccins supplémentaires rendus obligatoires ont pour objectif d'augmenter la couverture vaccinale infantile



Remarque: ces données renvoient à la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B, et à la première dose pour le vaccin contre la rougeole.
Source: OMS/UNICEF, base de données de l'Observatoire mondial de la santé (les données concernent l'année 2018), statistiques de l'OCDE sur la santé de 2019 et base de données d'Eurostat pour les personnes de 65 ans et plus (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche).

Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a diminué ces dix dernières années jusqu'à atteindre seulement 50 % en 2017, ce qui est bien inférieur à l'objectif de l'OMS de 75 %. Cette diminution est en partie due à la désinformation et à la perception erronée de la sécurité et de l'efficacité du vaccin contre la grippe. Le Ministère des solidarités et de la santé a lancé plusieurs initiatives pour améliorer la couverture vaccinale contre la grippe, y compris des campagnes publiques d'information, et a autorisé depuis 2019 les pharmaciens à vacciner les personnes âgées et/ou à risque (encadré 3).

Encadré 3. Les pharmaciens ont désormais le droit d'administrer le vaccin contre la grippe

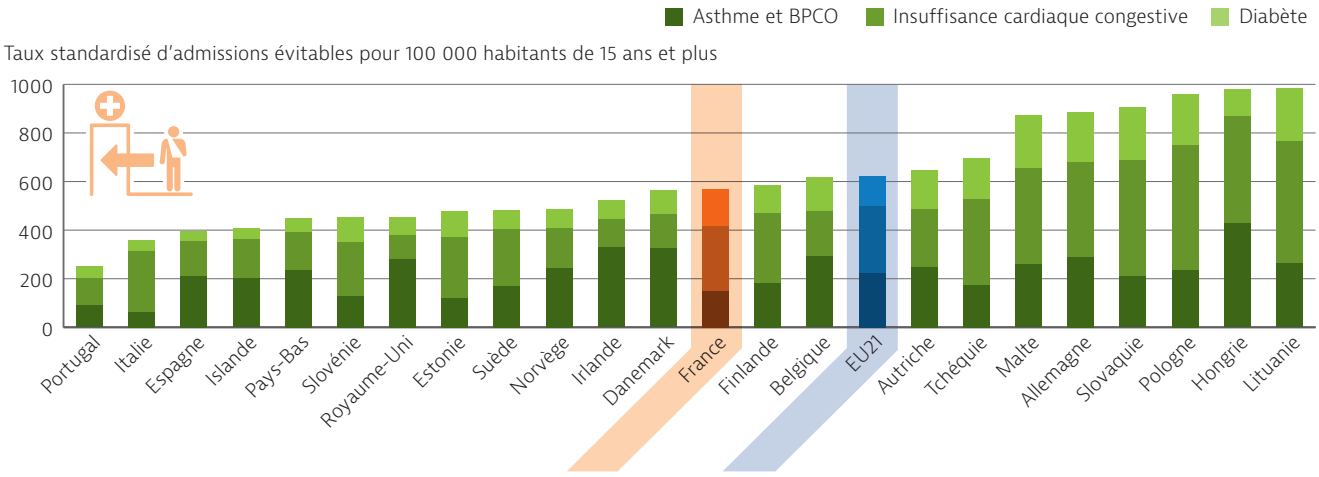
En 2017, un projet pilote a été mis en œuvre dans deux régions pour étendre le rôle des pharmaciens à la prévention, leur permettant de vacciner les personnes âgées et autres groupes à risque auxquels il est recommandé de se faire immuniser contre la grippe. Au cours de l'hiver 2017/2018, 160 000 vaccins contre la grippe ont été administrés par quelque 5 000 pharmaciens participants. En 2018, ce projet pilote a été assoupli, permettant aux pharmaciens participants de vacciner plus de personnes contre la grippe. Depuis 2019, suite à la réussite de ce pilote, tous les pharmaciens de France sont autorisés à administrer le vaccin contre la grippe.

Le nombre d'hospitalisations évitables pour des affections chroniques est plus élevé que dans de nombreux pays de l'UE

Pour plusieurs maladies transmissibles ou chroniques, l'hospitalisation peut être évitée par la prévention et des soins de premier recours bien organisés. Même si le nombre d'hospitalisations pour certaines maladies chroniques, telles que l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), est inférieur en France par rapport à la moyenne de l'UE (graphique 12), le taux d'hospitalisations pour diabète y est de près de 20 % supérieur.

Le dispositif Asalée lancé en 2004, et élargi en 2012, a pour objectif d'améliorer la gestion du diabète et de quelques autres maladies chroniques. Il repose sur un protocole de coopération entre généralistes et infirmiers formés, visant à mieux diagnostiquer et à mieux gérer les patients atteints de ces pathologies chroniques. En 2017, 1 959 médecins et 533 infirmiers ont participé à ce dispositif. Selon une évaluation, les résultats sont positifs bien que modestes pour les soins aux patients, et le nombre de consultations chez le médecin n'a pas diminué (IRDES, 2018).

Graphique 12. Le nombre d'hospitalisations évitables est plus élevé que dans de nombreux pays de l'UE



Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche, sauf pour la France: 2015).

Le dépistage et le traitement des cancers se sont améliorés ces dernières décennies

Le plan cancer 2014-2019 de la France a présenté plusieurs mesures destinées à réduire le taux de mortalité imputable aux différents cancers. L'une des initiatives clés était un programme destiné à promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus, mis sur pied en 2018, et intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie sans aucune exigence de paiement préalable pour les patients.

Depuis le début des années 2000, la qualité du traitement des cancers s'est également améliorée grâce à la généralisation de la prise en charge pluridisciplinaires et à la création de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique et à un accès plus rapide aux médicaments innovants. La France affiche de bons résultats par rapport à d'autres pays de l'UE en ce qui concerne le taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer du sein, du colon, de la prostate et du poumon (graphique 13).

Graphique 13. Les taux de survie à cinq ans des patients atteints de cancer sont plus élevés que la moyenne de l'UE



Cancer de la prostate
France: 93 %
UE26: 87 %

Cancer du sein
France: 87 %
UE26: 83 %

Cancer du colon
France: 64 %
UE26: 60 %

Cancer du poumon
France: 17 %
UE26: 15 %

Remarque: les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014.
Source: programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2. Accessibilité

Les besoins médicaux non satisfaits sont généralement faibles, mais ils peuvent constituer un problème chez les personnes à faibles revenus

La quasi-totalité de la population française est couverte par le système public d'assurance maladie, qui prend en charge la majorité des coûts des prestations médicales assurées au sein et hors de l'hôpital. La proportion des besoins médicaux non satisfaits pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente est très faible: seul 1 % de la population en faisait état en 2017, sur la base des statistiques de EU-SILC[7]. Certaines variations d'un groupe de revenus à l'autre sont toutefois à observer: environ 2 % des personnes du quintile inférieur de revenus ont déclaré se passer de soins médicaux pour une de ces trois raisons, contre seulement 0,3 % des personnes du quintile supérieur de revenus.

La proportion des besoins médicaux non satisfaits est aussi plus importante pour les prestations qui sont moins bien prises en charge par l'Assurance Maladie, telles que les appareils auditifs et les aides optiques, les soins de santé mentale et les soins dentaires. Ainsi, en 2017, un peu plus de 3 % de Français déclaraient des besoins dentaires non satisfaits, principalement pour des raisons financières. Cette proportion était beaucoup plus importante chez les personnes du quintile inférieur de revenus (plus de 6 %). Le principal facteur influant sur ces besoins non satisfaits était l'absence d'assurance maladie complémentaire (DREES et Santé Publique France, 2017).

À ce titre, le gouvernement entend améliorer l'aide financière pour permettre aux ménages à faibles revenus de souscrire une assurance maladie complémentaire. L'introduction d'un nouveau régime d'assurance maladie complémentaire, en novembre 2019, devrait permettre à 11 millions de citoyens français disposant d'un revenu mensuel inférieur à 991 EUR de souscrire une assurance maladie complémentaire pour moins de 30 EUR par mois, quel que soit leur âge.

Des nouvelles mesures devraient améliorer la prise en charge des soins dentaires en 2020 et en 2021

Comme indiqué à la section 4, la part du reste à charge sur l'ensemble des dépenses de santé en France est la plus faible de l'UE. Toutefois, le reste à charge peut encore être important pour les frais d'optique, l'appareillage auditif et les soins dentaires. Le gouvernement a pris des mesures visant à réduire la charge financière que représente pour les ménages le paiement de ces produits et prestations en négociant avec le secteur et les compagnies d'assurance maladie complémentaire. De plus, l'intention est aussi de relever le seuil de prise en charge de certains produits et prestations, notamment les soins dentaires.

En 2018, l'Assurance Maladie et les dentistes ont conclu un accord destiné à améliorer de manière substantielle la prise en charge des soins dentaires à partir de 2020. Cet accord prévoit le plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires, tandis que le prix des soins préventifs ou de routine augmentera. Plus de la moitié des dépenses de soins dentaires devrait être prise en charge par l'assurance maladie publique ou obligatoire, sans reste à charge pour les patients, et le prix d'environ 25 % des prothèses dentaires devrait être plafonné et continuer d'être partiellement pris en charge. Les soins dentaires à des fins strictement esthétiques continuerons à n'être ni pris en charge, ni plafonnés. Ces mesures devraient être progressivement mises en œuvre en 2020 et en 2021.

La crainte d'une pénurie de médecins a conduit à augmenter le nombre d'étudiants en médecine

Comme indiqué à la section 4, le nombre de médecins pour 1 000 habitants en France est resté stable au cours des dix dernières années, mais il devrait diminuer légèrement ces prochaines années si l'on considère que le nombre de médecins susceptibles de prendre leur retraite dépassera le nombre de médecins nouvellement formés. En 2017, plus de 45 % des médecins en France avaient 55 ans ou plus (et 13 % plus de 65 ans), ce qui laisse craindre que leur départ à la retraite n'exacerbe la pénurie de médecins, notamment de médecins généralistes.

Encadré 4. Le numerus clausus a beaucoup fluctué ces dernières décennies

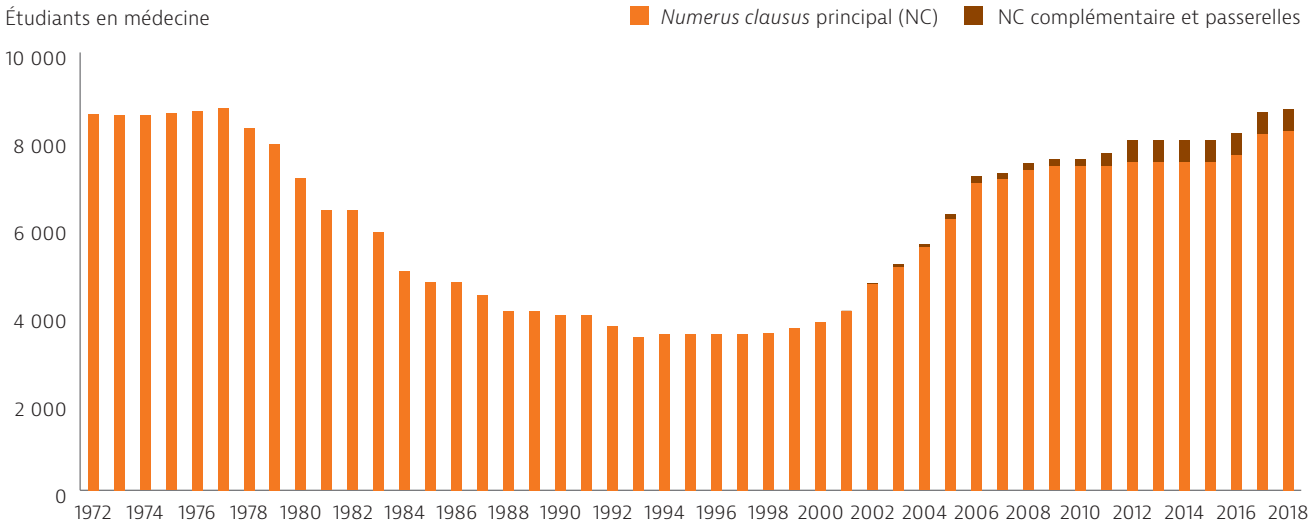
Depuis le début des années 1970, la France régule le nombre d'étudiants qu'elle admet en faculté de médecine au moyen d'un numerus clausus. L'un des objectifs de ce numerus clausus était de faire concorder le nombre d'étudiants en médecine et les capacités de formation limitées des hôpitaux, ainsi que de contrôler le nombre de médecins en exercice pour éviter des augmentations rapides des dépenses de santé dans un système qui était en grande partie fondé sur la rémunération à l'acte. Depuis l'introduction du numerus clausus, le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine reflète l'évolution des préoccupations d'excédents de médecins dans les années 1970 et jusque dans les années 1990, et les éventuelles pénuries depuis 2000 (graphique 14).

Depuis 2009, le numerus clausus a également vocation à corriger les déséquilibres de la répartition des médecins sur le territoire national en appliquant des quotas régionaux aux admissions, mais avec un succès toutefois très limité. De nombreux étudiants, une fois leur externat achevé (fin de la 6e année), déménagent souvent vers des zones plus urbaines, plus denses, pour effectuer leur internat.

7: Toutefois, une enquête nationale a révélé que 27 % de personnes avaient décidé de se passer de soins médicaux, dentaires ou optiques en 2014-2017, principalement pour des raisons financières. Les femmes et les familles monoparentales sont plus susceptibles de se passer de soins de santé (CNAM, 2018).

En réponse à ces inquiétudes, le nombre d'étudiants admis sous le numerus clausus a fortement augmenté ces dix dernières années, avec un retour, en 2017-2018, à un niveau observé pour la dernière fois dans les années 1970 (encadré 4 et graphique 14). En 2019, le gouvernement a annoncé son projet d'abolir le numerus clausus. Il entend également augmenter encore de 20 % le nombre d'étudiants admis en première année d'ici 2020 et accorder aux universités une plus grande souplesse dans le processus d'admission (Gouvernement.fr, 2019).

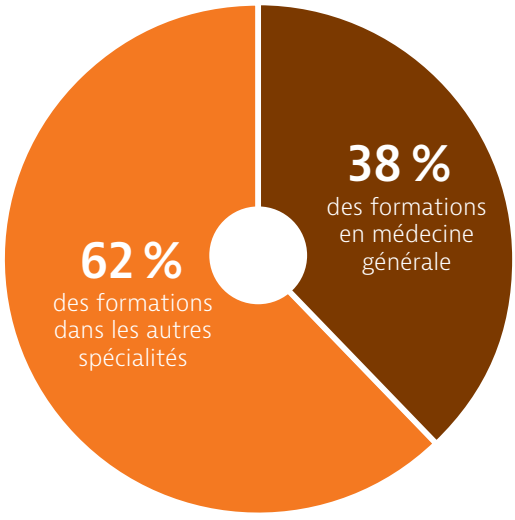
Graphique 14. Le *numerus clausus* a fluctué au gré des préoccupations du manque ou du surplus de médecins



Source: ONDPS (2018).

Environ 40 % de l'ensemble des places de spécialisation (internat) en 2017 et en 2018 étaient dévolues à la médecine générale, ce dans l'objectif de répondre aux préoccupations de pénurie de généralistes (graphique 15). Cette proportion est nettement plus importante que dans quasiment tous les autres pays de l'UE. Toutefois, il reste difficile d'inciter les étudiants à se former en médecine générale et de pourvoir toutes les places offertes, car les médecins généralistes ont une rémunération plus faible et jouissent d'un prestige perçu comme étant moindre.

Graphique 15. Près de 40 % des places d'internat sont dévolues à la médecine générale



Source: DREES (Centre national de gestion). Les données concernent l'année 2018.

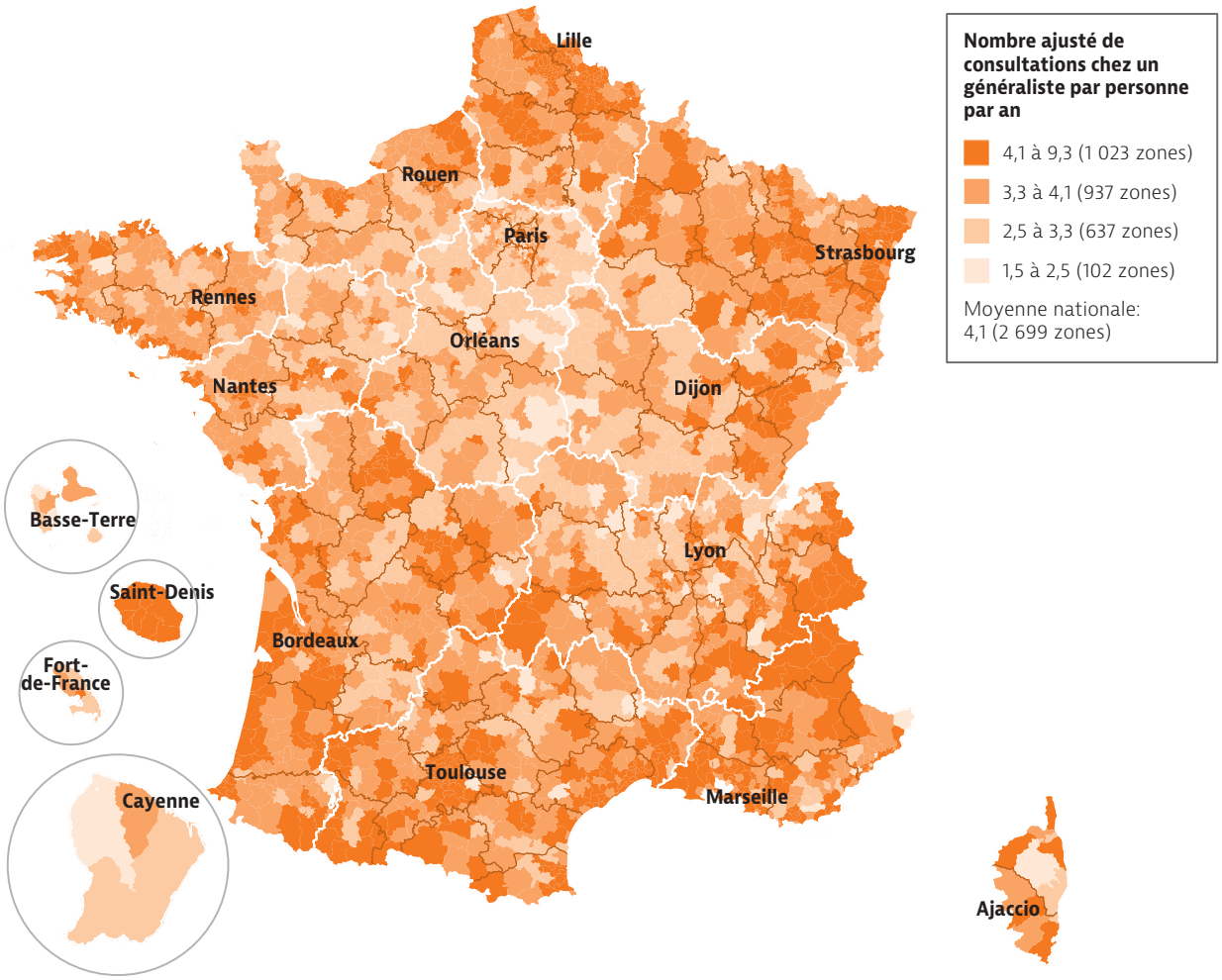
L'accès à un médecin est problématique dans certaines zones rurales et défavorisées

Selon des estimations, 5,4 millions de personnes (8 % de la population) vivent dans des zones où l'accès à un médecin généraliste est potentiellement limité[8] (DREES, 2017). Ce que l'on appelle les « déserts médicaux » sont situés principalement en zone rurale et dans la banlieue éloignée de petites villes et des métropoles. Ils sont essentiellement concentrés dans le centre et le nord-ouest de la France (graphique 16).

Pour répondre aux préoccupations liées à ces « déserts médicaux », une série d'initiatives ont été prises au cours de la décennie écoulée, prenant la forme notamment d'aides financières à l'installation des médecins et de différents allègements fiscaux. La principale mesure prise depuis 2007 a consisté à créer et promouvoir des maisons de santé pluridisciplinaires pour permettre aux généralistes et aux autres professionnels de santé d'exercer leur activité dans un lieu commun pour leur éviter de travailler seuls. En 2017, on comptait 910 maisons de santé pluridisciplinaires et ce nombre devrait doubler d'ici à 2022. Plus récemment, les possibilités offertes par la télémédecine ont également été encouragées (voir section 5.3).

8: Cette estimation est basée sur l'indicateur « Accessibilité Potentielle Localisée ».

Graphique 16. Il est estimé que 8 % de la population française vit dans des zones où l'accès à un médecin généraliste est difficile



Remarque : une zone est considérée comme étant sous-dotée dès lors que le nombre de consultations chez un médecin généraliste par personne et par an, ajusté pour prendre en compte la densité de généralistes, de la distance à parcourir jusqu'au cabinet du généraliste et de la structure par âge de la population, est en deçà d'un seuil de 2,5.
Sources: Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) 2015, échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) 2013, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS); populations par sexe et par âge 2013, INSEE; calculs de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Le transfert de compétence entre professionnels de santé devrait contribuer à améliorer l'accès aux soins

L'amélioration de l'accès aux soins primaires passe également par l'élargissement des compétences d'autres professionnels de santé qui travaillent avec les médecins généralistes et l'optimisation de l'utilisation de leurs compétences. Depuis plus de dix ans les infirmiers sont autorisés à vacciner les personnes âgées contre la grippe, et ce droit a été étendu aux pharmaciens en 2017 (voir encadré 3 ci-dessus). Depuis février 2019, les pharmaciens peuvent aussi renouveler des médicaments prescrits pour au moins trois mois, même si l'ordonnance est périmée (notamment les traitements pour l'hypertension et le diabète, ou la contraception).

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 prévoit également d'étendre les compétences des infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, tout particulièrement dans les zones où les médecins sont relativement peu nombreux. Le titre d'infirmier en pratique avancée a été créé par décret en 2018. Ces infirmiers pourront intervenir davantage dans les soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques ou souffrant de comorbidité, ce en collaboration avec les généralistes et les spécialistes et au sein d'équipes de soins de premier recours notamment. Leurs tâches comprendront des actes de prévention et de dépistage, la prescription d'examens complémentaires et le renouvellement ou l'ajustement d'ordonnances médicales.

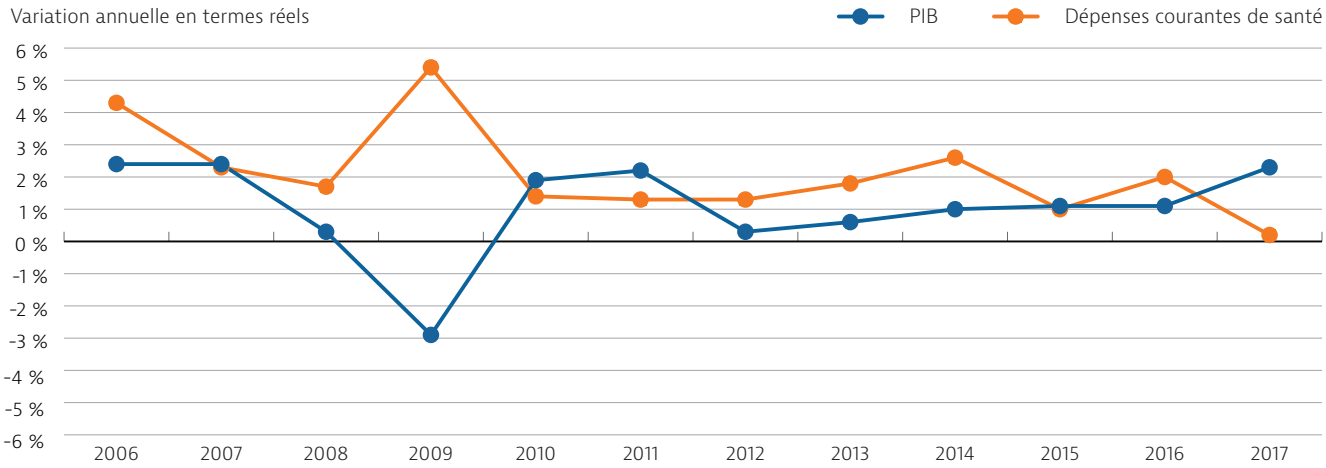
La stratégie nationale propose en outre de créer un nouveau statut d'assistant médical pour se charger des tâches non médicales traditionnellement effectuées par les généralistes (telles que la création des dossiers médicaux, la vérification des vaccinations et des dépistages et le nettoyage des instruments médicaux). Le but est de décharger des tâches administratives et de dégager plus de temps médical. Ce nouveau poste correspond à celui qui existe déjà dans les cabinets dentaires et d'ophtalmologie en France, ainsi que dans d'autres pays. L'objectif fixé est de créer 4 000 postes d'assistants médicaux d'ici à 2022.

5.3. Résilience[9]

Les dépenses de santé ont augmenté au rythme du PIB ces dernières années

Au lendemain de la crise économique de 2009 et du ralentissement de la croissance économique qui s'en est suivi, les dépenses de santé en France ont augmenté au rythme modeste de 1,4 % par an en termes réels entre 2010 et 2017 (graphique 17). Les dépenses de santé en proportion du PIB sont restées relativement stables durant cette période, avoisinant 11,3 %.

Graphique 17. Depuis 2010, les dépenses de santé augmentent en moyenne au rythme du PIB



Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2019; base de données d'Eurostat.

Selon certaines prévisions, le vieillissement de la population et une croissance économique modeste devraient exercer une pression supplémentaire sur les dépenses publiques consacrées à la santé et aux soins de longue durée en France. D'après les dernières projections de la Commission européenne, les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de 0,4 point de PIB entre 2016 et 2070, mais les pressions budgétaires devraient être légèrement plus fortes s'agissant des dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée. Les dernières estimations indiquent une augmentation de 0,7 point de PIB entre 2016 et 2070, constituant un risque pour la soutenabilité budgétaire à moyen et long termes (Commission européenne-CPE, 2018; Conseil de l'Union européenne, 2019).

Une restructuration plus poussée du secteur hospitalier est prévue

Au cours de la dernière décennie, lorsque le système a initié son virage ambulatoire et a favorisé les soins ambulatoires (ou externe) par rapport aux soins hospitaliers, le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne de séjour en France ont diminué. Ces derniers restent toutefois supérieurs à la moyenne de l'UE (graphique 18).

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 propose par ailleurs une restructuration plus poussée du secteur hospitalier, qui consisterait notamment en la création d'hôpitaux « de proximité ». Ces hôpitaux auraient vocation à assurer des actes et des soins peu techniques : médecine générale, gériatrie, réhabilitation fonctionnelle, gestion des maladies chroniques, assistance technique (imagerie médicale, biologie), soins mobiles et santé en ligne, y compris télémédecine. Entre 500 et 600 hôpitaux publics (soit 35-45 %) devraient devenir des hôpitaux de proximité.

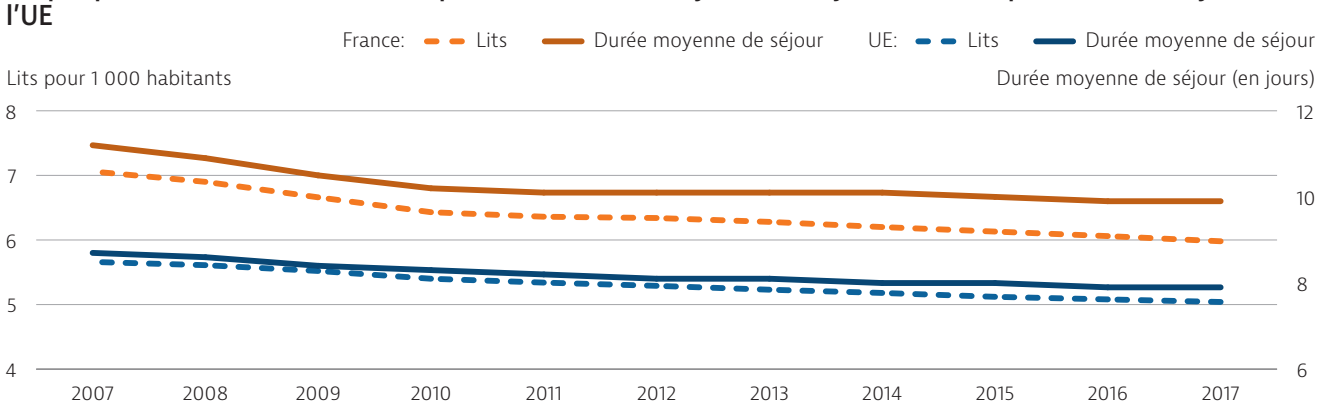
Une plus grande coordination des soins est encouragée grâce à des réformes de l'organisation des soins

Au cours des 15 dernières années, un certain nombre de réformes et d'initiatives ont été engagées pour promouvoir une plus grande coordination des soins ainsi qu'un exercice de la médecine de premier recours en groupes pluridisciplinaires. Une initiative récente est la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en 2016, qui visent à encourager l'interaction et la coopération entre les généralistes, les spécialistes et les autres professionnels de santé à l'échelle locale. Ces communautés ont été conçues pour permettre aux acteurs de santé d'organiser leurs activités autour d'objectifs partagés, sans forcément travailler dans le même lieu physique. Leur développement sera par ailleurs soutenu par le recours à des outils numériques communs, tels que les dossiers médicaux électroniques partagés. Ces communautés peuvent bénéficier de financements dédiés des Agences Régionales de Santé pour améliorer la coordination et la qualité des soins.

En 2019, 200 communautés professionnelles territoriales de santé ont été créées ou sont en cours de développement. L'objectif est d'en créer 1 000 sur l'ensemble du territoire français d'ici à 2022.

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 18. Le nombre de lits d'hôpitaux et la durée moyenne de séjour restent supérieurs à la moyenne de l'UE



Source: base de données d'Eurostat.

Des initiatives ont été récemment lancées pour promouvoir la pertinence des soins

L'opinion selon laquelle de nombreux actes et procédures dispensés dans le système de santé français ont peu d'utilité et de bénéfices pour les patients est assez répandue. Le recours excessif à certaines de ces procédures a été illustré dans l'atlas de 2016 des variations de pratiques médicales, qui montre des variations souvent importantes et inexpliquées dans le recours à dix interventions chirurgicales courantes (Le Bail et Or, 2016). Depuis 2016, chaque Agence Régionale de Santé doit fournir un plan d'action quadriennal exposant les améliorations prévues de la pertinence des soins, en ciblant les variations dans les pratiques médicales recensées dans l'atlas de 2016.

Par ailleurs, depuis 2015, plusieurs mesures ont été prises pour repérer des variations extrêmes et injustifiées dans les pratiques médicales en milieu hospitalier, grâce notamment au système d'information des établissements. Les hôpitaux considérés comme atypiques doivent signer un contrat avec leur Agence Régionale de Santé et avec l'Assurance Maladie, qui orientera la mise en œuvre de mesures destinées à améliorer la pertinence des soins.

L'Assurance Maladie tente aussi de promouvoir la pertinence des soins au niveau de la médecine de premier recours, tout particulièrement depuis l'introduction, en 2012, de paiements basés sur des objectifs de santé publique et de mesures de contrôle si les volumes de médicaments prescrits dépassent nettement la moyenne locale.

Le Ministère des solidarités et de la santé a récemment proposé de réformer plus avant les modes de rémunération afin de mettre moins l'emphase sur la rémunération à l'acte (encadré 5).

La France essaie de trouver un juste équilibre entre accès aux nouveaux médicaments et maîtrise des prix

Au cours des dernières décennies, le gouvernement a lancé un certain nombre d'initiatives pour trouver un juste équilibre entre la maîtrise de la dépense publique pour les médicaments et le maintien d'un accès universel et rapide. Depuis 1994, le système d'accès rapide, appelé « autorisation temporaire d'utilisation » (ATU), accélère et facilite l'introduction de produits pharmaceutiques prometteurs qui répondent à des besoins de santé non encore couverts. Grâce à ce système, des médicaments n'ayant pas encore été officiellement approuvés peuvent être remboursés à titre temporaire et prescrits à certains patients, y compris durant la phase de négociation avec l'autorité nationale de réglementation des prix.

Encadré 5. Le gouvernement propose de nouvelles réformes des modes de rémunération afin de diminuer le poids de la rémunération à l'acte

Le système de santé français repose encore principalement sur les paiements à l'acte (rémunération à l'acte pour les consultations de médecins et paiements sur la base des groupes homogènes de malades pour les prestations hospitalières). Si ces modes de paiement incitent à augmenter la quantité de soins dispensés, ils n'encouragent pas nécessairement la coordination des soins ni ne récompensent la qualité et la pertinence de ces derniers.

Les propositions récentes du gouvernement visent à expérimenter de nouveaux modes de rémunération des soins primaires et hospitaliers pour mieux répondre à la charge croissante des maladies chroniques en offrant des incitations financières plus importantes pour coordonner les soins et en assurer la qualité, en se détachant de la seule logique du paiement à l'acte. À partir de 2020, un échantillon d'hôpitaux testera le remplacement de l'actuelle rémunération à l'acte pour les prothèses de hanche et de genou ainsi que la colectomie par le paiement à l'épisode de soins (paiement groupé). De même, certains centres de soins primaires seront rémunérés sur la base d'un paiement forfaitaire (par capitation) et des mesures d'incitation visant à encourager l'intégration locale des soins seront également introduites. Toutes ces initiatives s'inspirent des meilleures pratiques observées à l'étranger.

Source: Ministère des solidarités et de la santé (2019).

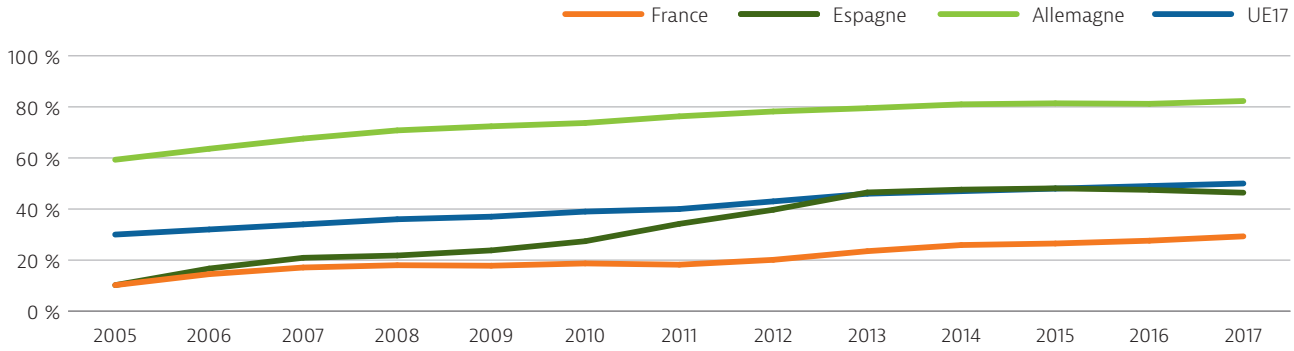
Contrairement au système de tarification des produits pharmaceutiques remboursés, jusqu'en 2017 les fabricants pouvaient pratiquer les prix qu'ils voulaient pour les médicaments prescrits dans le cadre du programme d'ATU, et n'avaient qu'à rembourser la différence entre le prix final négocié et le prix ATU. Depuis, le remboursement par le système d'assurance maladie des médicaments prescrits dans le cadre du mécanisme d'ATU est plafonné à 10 000 EUR par patient par an, si le chiffre d'affaires hors taxes de ces médicaments est supérieur à 30 millions d'EUR par an en France. Ce règlement a été adopté pour mieux contrôler les dépenses pharmaceutiques consacrées à ces nouveaux médicaments très onéreux.

Des mesures encouragent un recours plus important aux génériques, avec un succès mitigé

Pour réduire les dépenses pharmaceutiques, le Ministère des solidarités et de la santé a également adopté une série de mesures destinées à encourager un recours plus large aux génériques, y compris en introduisant des éléments financiers pour inciter les pharmaciens à vendre des génériques plutôt que les produits originaux (princeps). En 2009, la France a également pris des mesures visant à inciter les médecins généralistes à prescrire des génériques, telles que des programmes de paiements à la performance. Depuis 2010, les patients qui refusent un médicament générique de substitution proposé par le pharmacien doivent régler immédiatement le montant de tous les médicaments prescrits et demander ensuite leur remboursement à l'Assurance Maladie. En 2015, la prescription obligatoire par dénominations communes internationales a été mise en œuvre, mais cette obligation n'est pas pleinement respectée en pratique.

Ces mesures, conjuguées à l'expiration du brevet de plusieurs grands blockbusters, ont contribué à l'augmentation de la part de marché des génériques, qui est passé d'environ 20 % en 2011 à 30 % en 2017 (graphique 19). Toutefois, cette part reste en deçà de la moyenne de l'UE, en partie parce que la France limite les catégories de produits pharmaceutiques pour lesquels la substitution générique est autorisée.

Graphique 19. La part de marché des médicaments génériques a augmenté, mais elle reste plus faible que dans de nombreux autres pays de l'UE



Remarque : les données renvoient à la part des génériques en volume.
Source : statistiques de l'OCDE sur la santé, 2019.

Le développement de la santé en ligne et de la télémédecine a été fortement encouragé

La santé en ligne (eSanté), et notamment l'utilisation de dossiers médicaux partagés et le recours à la télémédecine, se sont rapidement développés ces dernières années, après quelques « faux départs ». Les dossiers médicaux partagés ont été lancés en 2004 pour faciliter la collaboration entre les divers professionnels de santé et les patients, mais ce n'est qu'en 2011 qu'ils sont devenus opérationnels dans certaines structures de soins et ils se sont généralisés à l'ensemble des structures en 2018. Au milieu de l'année 2019, plus de 6,4 millions de personnes (environ 10 % de la population) avaient un dossier médical électronique.

La télémédecine a été définie juridiquement en 2009, mais la portée des nombreux projets pilotes lancés au cours de la décennie écoulée était très limitée. Cependant, en 2018, l'Assurance Maladie a défini le prix et le niveau de prise en charge d'une téléconsultation et d'une télé-expertise. Le prix d'une téléconsultation est le même que celui d'une consultation traditionnelle. Ces téléconsultations se sont développées très rapidement – quelque 50 sociétés sont actuellement sur le marché – mais elles ont rapidement suscité des inquiétudes quant à la nécessité de veiller à ce que la téléconsultation demeure un acte effectué par un professionnel de santé local habituel plutôt que par des plateformes nationales sans aucun lien avec les professionnels de santé locaux et leur réseau.

La France entend réaffirmer le rôle du patient dans le système de santé

L'une des quatre principales priorités de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 est de réaffirmer le rôle des patients et de leurs expériences dans la transformation du système de santé. Pour recueillir un plus grand nombre d'informations du point de vue des patients, une enquête nationale sur la santé a inclus une série de questions sur les indicateurs d'expérience rapportés par les patients (patient-reported experience measures, ou PREMs) depuis 2018, tandis que les indicateurs de résultats rapportés par les patients (patient-reported outcome measures, ou PROMs) sont encore en développement. Les résultats de cette enquête seront utilisés pour fournir un retour d'informations aux prestataires de soins de santé.

6 Principales conclusions

- L'espérance de vie en France reste l'une des plus longues de l'UE, mais elle s'est ralentie ces dernières années, et les disparités demeurent importantes en fonction du statut socio-économique. Comme dans d'autres pays de l'UE, après 65 ans, de nombreuses années sont vécues avec des maladies chroniques et des incapacités.

- Traditionnellement, les politiques de santé publique et de prévention ont été négligées en France. Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, le gouvernement a alloué une enveloppe de 400 millions d'EUR sur cinq ans aux programmes de prévention destinés à toutes les tranches d'âge. Certaines mesures prises antérieurement ont déjà eu une incidence positive sur la réduction de facteurs de risque majeurs : le tabagisme et la consommation d'alcool ont diminué au cours de la décennie écoulée, mais restent toutefois supérieurs à la moyenne de l'UE. Pour améliorer les habitudes alimentaires et lutter contre l'obésité, un logo nutritionnel, appelé le « nutri-score », a été mis au point en 2017 pour aider le consommateur à faire des choix alimentaires plus sains.

- En réponse à des taux de vaccination en baisse chez les enfants, le gouvernement a rendu huit vaccins supplémentaires obligatoires en 2018 (soit 11 vaccins obligatoires en tout). Des campagnes de sensibilisation ont également été menées pour redonner confiance au public dans les avantages et la sécurité des vaccins. Des résultats préliminaires suggèrent que ces mesures ont permis d'augmenter le taux de couverture vaccinale infantile.

- En 2017, la France a consacré plus de 11 % de son PIB à la santé, la plus grande part avec l'Allemagne parmi les pays de l'UE. Les dépenses de santé françaises par habitant étaient au sixième rang des pays de l'UE. Les régimes d'assurance publics finançaient 78 % de l'ensemble des dépenses de santé, et les assurances privées obligatoires en couvraient 5 %. La proportion de besoins médicaux non satisfaits est généralement faible, mais elle est plus importante pour les prestations moins bien prises en charge par l'assurance publique, telles que l'optique, les appareils auditifs et les soins dentaires.

- La pénurie grandissante de médecins suscite beaucoup d'attention, d'autant plus que 45 % des médecins en exercice aujourd'hui ont 55 ans ou plus. En réponse, le nombre d'étudiants admis en première année de faculté de médecine a augmenté, l'objectif étant qu'il augmente encore de 20 % d'ici 2020. Le gouvernement va en outre supprimer le numerus clausus et le concours d'entrée en médecine, et accordera une plus grande souplesse aux universités quant aux modalités de sélection des étudiants en médecine.

- Les zones sous-dotées en médecins (« déserts médicaux ») sont source d'inquiétude en France. Jusqu'à 8 % de la population vivent dans des zones où l'accès à un médecin est potentiellement limité, principalement dans des zones rurales et défavorisées. Une série de mesures ont été prises au cours de la dernière décennie pour encourager le recrutement et le maintien de médecins dans ces zones; il s'agit notamment d'incitations financières pour aider à l'installation et la création de maisons médicales pluridisciplinaires, dont le gouvernement souhaite multiplier le nombre par deux entre 2017 et 2022.

- Des mesures récentes ont également été prises pour élargir les rôles de certains professionnels de santé, dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Les infirmiers et les pharmaciens sont désormais autorisés à administrer le vaccin contre la grippe aux personnes âgées et à d'autres groupes à risques. Les infirmiers peuvent également jouer un plus grand rôle dans la gestion des maladies chroniques, telles que le diabète. Un nouveau statut d'assistant médical a aussi été créé pour décharger les médecins généralistes des tâches administratives et ainsi dégager du temps médical.

- Depuis 2016, le gouvernement assure un soutien pour étendre les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui visent à renforcer la coordination entre les prestataires de soins primaires et les spécialistes, et à améliorer les soins pour le nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques. Le but est de multiplier par cinq le nombre de ces réseaux locaux d'ici 2022.

Sources principales

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Chevreul K et al. (2015), France: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 17(3):1-218.

Références

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of France,* http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10163-2019-INIT/en/pdf

CNAM (2018), *Lutte contre le renoncement aux soins : un dispositif généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain,* Dossier de presse, 6 July 2018.

DREES (2017), Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer?, *Les dossiers de la DREES,* 17.

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

Dumontet et al. (2017), Gatekeeping and the utilization of physician services in France: evidence on the Médecin traitant reform, *Health Policy,* 121(6):675-82.

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Governement.fr (2019), *Stratégie de transformation du système de santé,* https://www.gouvernement.fr/action/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante

INSEE (2018), *L'espérance de vie par niveau de vie,* Insee Première No. 1687, Paris.

IRDES (2018), Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires, *Questions d'économie de la santé,* 232.

Le Bail M, Or Z (2016), *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales*. IRDES, ATIH and Ministry of Health, Paris.

Ministère des solidarités et de la santé (2019), *Réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné.* Ministère des solidarités et de la santé, Paris.

Ministère des solidarités et de la santé (2017), *National Health Strategy 2018-22 – Summary.* Ministère des solidarités et de la santé, Paris.

Ministère des solidarités et de la santé, Santé Publique France (2019), Semaine européenne de la vaccination du 24 au 30 avril, Dossier de presse. Paris

Raleigh V (2019), *Trends in Life Expectancy in EU and Other OECD Countries: Why are Improvements Slowing?* OECD Health Working Papers, No. 108, OECD Publishing, Paris.

Liste des abréviations des pays

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

Commission européenne

State of Health in the EU
Profils de santé par pays 2019

Les Profils de santé par pays constituent une étape importante du cycle actuel de la Commission européenne vers la transmission des connaissances sur L'état de santé dans l'Union européenne, et sont produits grâce au soutien financier de l'Union européenne. Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies, en collaboration avec la Commission 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 Européenne et de l'Espace Économique Européen. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échange volontaire qui puisse être utilisé tant par les décideurs que par les influenceurs de politiques.

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.

La Commission assortit les principales conclusions de ces Profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour en savoir plus: ec.europa.eu/health/state

Merci de citer cet ouvrage comme suit : *OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), France: Profils de santé par pays 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264919747 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO