European Commission



State of Health in the EU

France

Profil de santé par pays 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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* (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.

Ces profils ont été préparés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau de la plateforme Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé pour leurs observations et suggestions précieuses.

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 14
   5.3 Résilience 17
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS 22

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 au mois de septembre 2021 et repose sur les données disponibles à la fin du mois d'août 2021.

Contexte démographique et socioéconomique de la France, 2020

Facteurs démographiques	France	UE
Population	67 320 216	447 319 916
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	20.4	20.6
Taux de fécondité[1] (2019)	1.9	1.5
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA[2])	31 091	29 801
Taux de pauvreté relative[3] (en %, 2019)	13.6	16.5
Taux de chômage (en %)	8.0	7.1

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 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.

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.

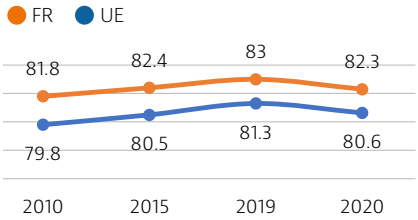
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité s'appliquent pour l'OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Points saillants

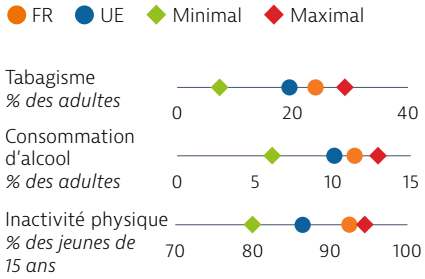
L'espérance de vie en France figure parmi les plus élevées d'Europe, mais elle a chuté temporairement en 2020 en raison des décès dus à la COVID-19. Bien que le système de santé français assure un bon accès à des soins de grande qualité, la pandémie de COVID-19 a fait apparaître d'importantes faiblesses structurelles, notamment peu d'investissements dans la prévention, dans la santé publique et dans le personnel de santé. Elle a également donné l'impulsion à de nombreuses pratiques innovantes, qui pourraient être développées afin de construire un système de santé plus résilient.



Espérance de vie à la naissance, années

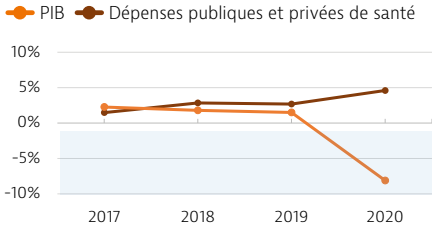
État de santé

En 2020, l'espérance de vie en France était supérieure à la moyenne de l'UE de presque deux ans, mais elle a diminué de huit mois en raison des décès dus à la COVID-19. Même avant la pandémie, les progrès en matière d'espérance de vie avaient considérablement ralenti depuis 2010 en comparaison avec les décennies précédentes, en partie à cause de l'augmentation du taux de mortalité imputable à la grippe, à la pneumonie et à d'autres maladies respiratoires chez les personnes âgées.



Facteurs de risque

Les facteurs de risque pour la santé liés au comportement sont aussi un vecteur majeur de mortalité en France. Bien que la consommation de tabac ait chuté ces 20 dernières années, près d'un quart des adultes fumaient encore quotidiennement en 2019. La consommation d'alcool a également diminué, mais reste supérieure de 10 % à la moyenne de l'UE. En 2018, plus de 90 % des jeunes de 15 ans ont déclaré ne pas avoir au moins une activité physique modérée par jour. Cette proportion est la deuxième plus élevée de l'UE, après l'Italie.



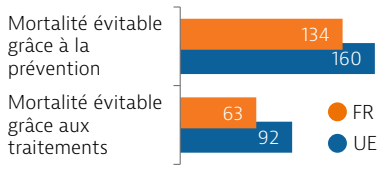
Évolution annuelle, valeur nominale

Système de santé

En France, les dépenses de santé par habitant et en pourcentage du PIB sont supérieures à la moyenne de l'UE depuis de nombreuses années. Jusqu'en 2020, les dépenses en matière de santé progressaient à peu près au même rythme que l'économie, mais elles ont augmenté plus rapidement à la suite de la pandémie de COVID-19, tandis que le PIB a chuté de 8 %.

Efficacité

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



Taux de mortalité standardisé par âge pour 100 000 habitants, 2016

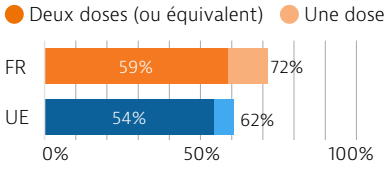
Accessibilité

L'accès aux soins de santé en France est bon de manière générale, mais il a été freiné par la pandémie de COVID-19 en 2020. Une personne sur six a déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 premiers mois de la pandémie, soit moins que la moyenne de l'UE (21 %), mais plus qu'en Allemagne (14 %). Le recours croissant aux téléconsultations a contribué au maintien de l'accès aux soins pendant les différentes vagues de la pandémie.



Résilience

Au vu du nombre de cas et de décès par rapport au nombre d'habitants, la France a fait partie des pays de l'UE les plus durement touchés par la pandémie de COVID-19. Le pays a donné un coup d'accélérateur à sa campagne de vaccination contre la COVID-19 au début de l'année 2021. À la fin du mois d'août 2021, près de 60 % de la population étaient complètement vaccinés (avaient reçu deux doses ou l'équivalent).



Part de la population totale vaccinée contre la COVID-19 jusqu'à fin août 2021

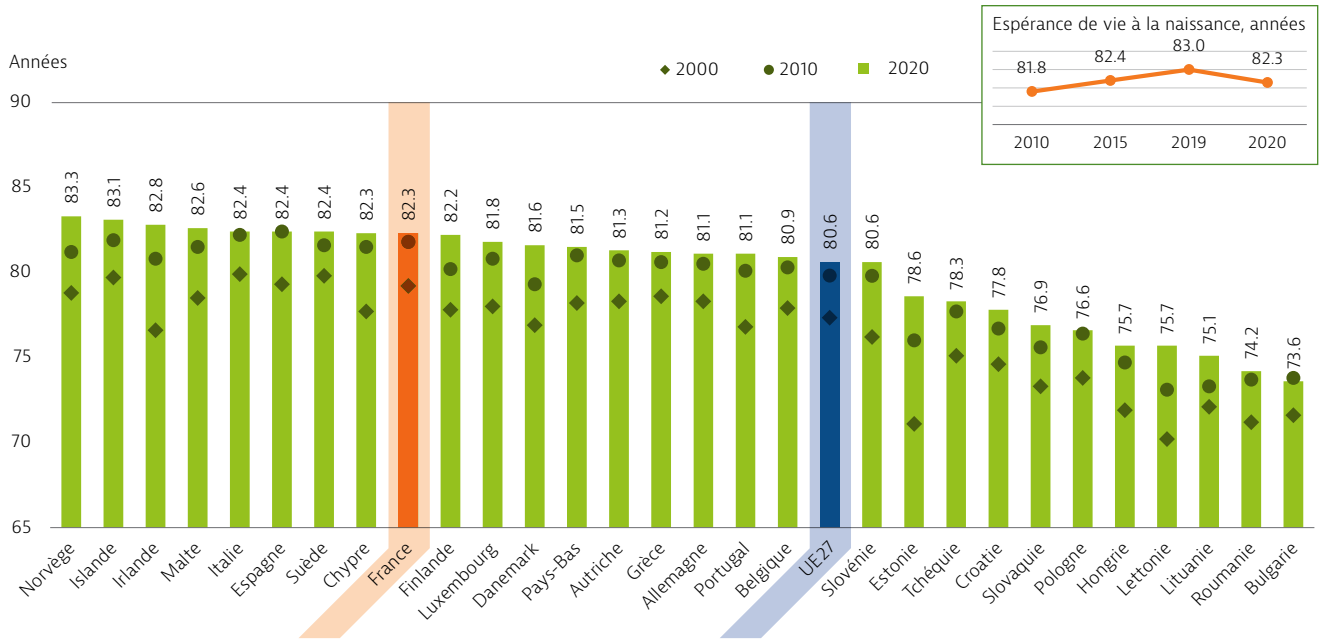
2 La santé en France

L'espérance de vie en France est l'une des plus élevées de l'UE, mais elle a chuté temporairement en 2020 en raison de la COVID-19

En 2020, l'espérance de vie à la naissance en France était de 82,3 ans, soit presque deux ans de plus que la moyenne de l'UE (graphique 1). Elle a chuté temporairement de huit mois en 2020 en raison des décès liés à la COVID-19, ce qui représente la baisse la plus importante depuis 1945.

Même avant la pandémie, les progrès en matière d'espérance de vie en France, comme dans bon nombre d'autres pays d'Europe occidentale, avaient considérablement ralenti entre 2010 et 2019. Bien que les causes à l'origine de cette décélération ne soient pas entièrement établies, elle est liée en partie à l'augmentation du taux de mortalité imputable à la grippe, à la pneumonie et à d'autres maladies respiratoires chez les personnes âgées.

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



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée. Les données pour l'Irlande se rapportent à 2019.
Source: Base de données d'Eurostat.

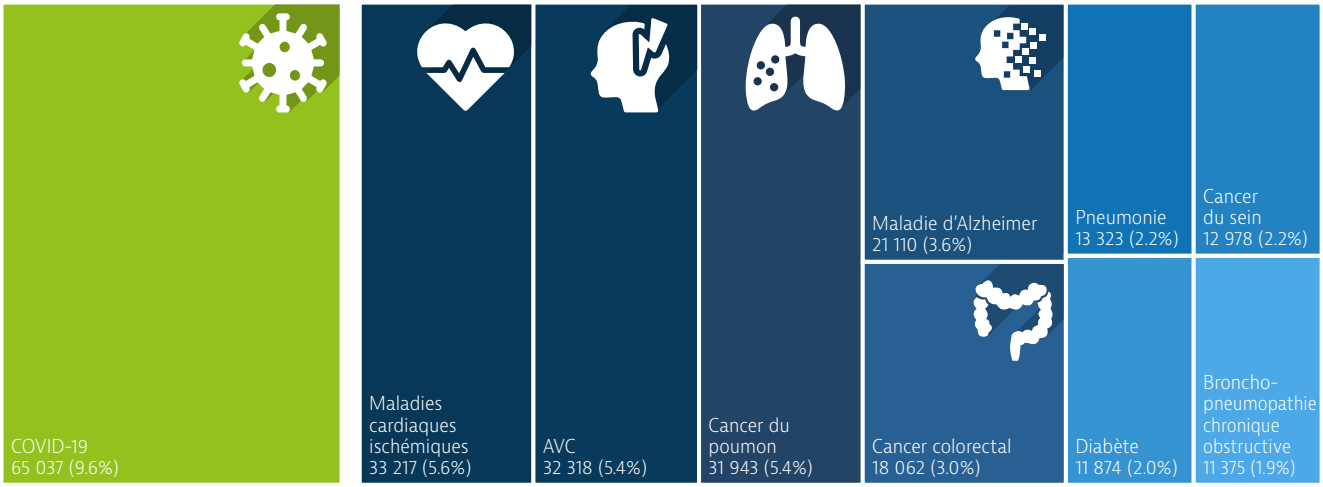
Les principales causes de mortalité étaient la cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon, mais en 2020 la COVID-19 a été à l'origine de nombreux décès

En 2016 (dernières données disponibles au moment de la rédaction de ce profil), le cancer était à l'origine de 30 % des décès en France, suivi par les maladies cardiovasculaires (24 %). La cardiopathie ischémique (5,6 %) et l'AVC (5,4 %) étaient les premières causes de mortalité, et le cancer du poumon représentait la première cause de mortalité par cancer (graphique 2).

En 2020, la COVID-19 a été à l'origine de 65 000 décès en France (près de 10 % de la totalité). Quelque 49 000 morts supplémentaires ont été enregistrées au cours des huit premiers mois de l'année 2021. À la fin du mois d'août 2021, le taux de mortalité imputable à la COVID-19 était supérieur de 7 % à la moyenne de l'UE, soit environ 1 700 décès par million d'habitants contre 1 590 dans l'ensemble de l'UE[1].

1. *La surmortalité (définie comme le nombre de décès, toutes causes confondues, en plus de ce qui aurait été attendu sur la base des données des années précédentes) est proche du nombre de décès liés à la COVID-19 recensés par la France en 2020, ce qui confirme la validité de l'approche adoptée pour enregistrer les décès liés à la COVID-19.*

Graphique 2. Avant la pandémie, les principales causes de mortalité étaient la cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon



Remarque: Le nombre et la proportion de décès liés à la COVID-19 se rapportent à 2020, tandis que le nombre et la proportion des autres causes se rapportent à 2016. La taille du rectangle correspondant à la COVID-19 est proportionnelle à celle des autres causes principales de mortalité pour 2016.
Sources: Eurostat (pour les causes de décès en 2016); ECDC (pour les décès liés à la COVID-19 en 2020, jusqu'à la semaine 53).

Plus de 90 % des décès attribués à la COVID-19 en France concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus (et 80 % concernaient les 75 ans et plus). La pandémie a également frappé de manière disproportionnée les minorités ethniques et les personnes vivant dans les régions défavorisées. Lors de la première vague, en mars et avril 2020, le taux de mortalité en Seine-Saint-Denis (l'un des départements les plus pauvres de France) a plus que doublé par rapport à celui enregistré en mars et en avril 2019. Cette augmentation est bien plus élevée que celle observée à l'échelle nationale sur la même période, à savoir 27 % (INSEE, 2020).

La majorité de la population française a déclaré être en bonne santé, mais près de deux personnes sur cinq souffrent d'une maladie chronique

En 2019, environ deux tiers de la population adulte française a déclaré être en bonne santé, soit une proportion proche de la moyenne de l'UE, d'après les statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Cependant, comme dans d'autres pays, les personnes ayant des revenus plus élevés sont plus susceptibles de déclarer être en bonne santé: 72 % des individus du quintile de revenus supérieur déclaraient être en bonne santé, contre 58 % des individus du quintile inférieur.

En France, près de deux adultes sur cinq (38 %) ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique en 2019, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE. Nombre de ces maladies augmentent le risque de développer une forme grave de le COVID-19 de la COVID-19.

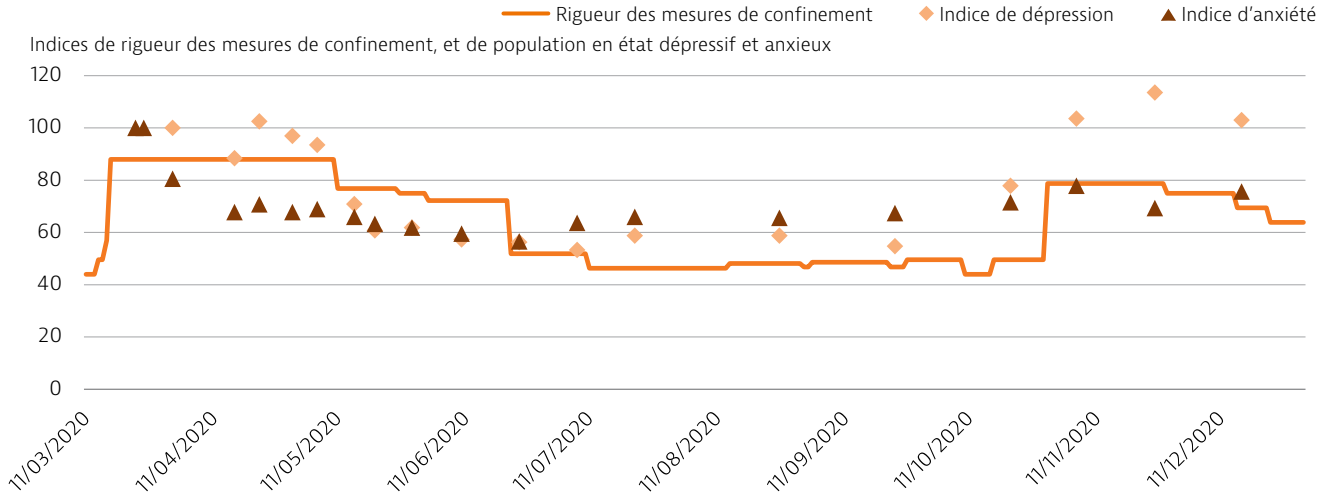
Un grand nombre de personnes ayant eu la COVID-19 ont déclaré souffrir de symptômes prolongés dus au virus

En corollaire de la pandémie de COVID-19, une nouvelle problématique est apparue: un certain nombre de personnes souffrent de symptômes persistants pendant une longue durée après leur infection au virus. Les «formes prolongées de la COVID-19» sont associées à divers symptômes, tels que douleurs thoraciques et musculaires généralisées, fatigue intense, essoufflement, anxiété et troubles cognitifs. En France, environ 60 % de ceux qui ont été hospitalisés à cause de la COVID 19 en présentaient au moins un symptôme six mois après l'avoir contracté, et 25 % en présentaient au moins trois environ (INSERM, 2021). Les autorités de santé françaises ont publié des directives cliniques destinées aux équipes de soins primaires multidisciplinaires, aux neurologues et aux kinésithérapeutes pour les aider au diagnostic et à la prise en charge des formes prolongées de la COVID-19.

La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux

Comme dans les autres pays de l'UE, la santé mentale d'un grand nombre de personnes en France s'est dégradée pendant la pandémie de COVID-19. Lors de la première vague en 2020, le taux de prévalence des états anxieux et dépressifs était deux fois supérieur à celui observé en 2017. L'augmentation de la part de la population touchée par des troubles mentaux était également corrélée à la rigueur des mesures prises pour enrayer la pandémie pendant les deux premières vagues. Les niveaux d'anxiété et de dépression ont atteint un sommet entre la mi-mars et le début du mois d'avril 2020, avant une diminution aux alentours de juin et juillet 2020, suivi d'une recrudescence lors du deuxième confinement entre octobre et décembre 2020 (graphique 3).

Graphique 3. Les différents confinements ont eu un effet négatif sur la santé mentale

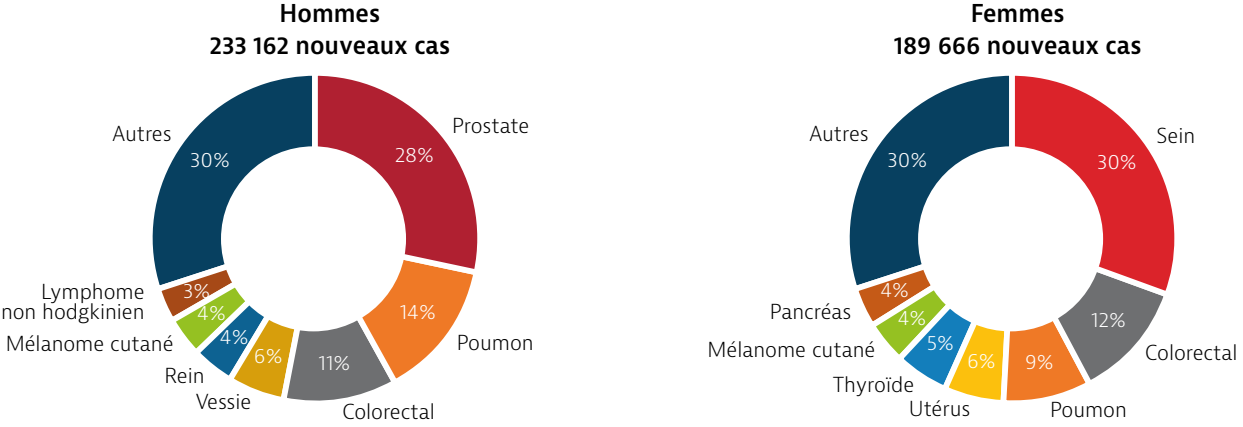


Remarque: Le «score de rigueur» repose sur l'indice de rigueur des mesures d'Oxford University/Blavatnik. Le premier point de l'indice de dépression et de l'indice d'anxiété a reçu une valeur de 100 et le point correspondant à chaque ensemble de données suivant est défini par rapport à ce premier point afin de suivre l'évolution relative, en pourcentage, des données considérées.
Source: Santé Publique France (2020a).

Le fardeau du cancer en France est plus élevée que la moyenne de l'UE

Selon les estimations du Centre commun de recherche de la Commission européenne établies à partir des données d'incidence collectées des années précédentes, pour l'année 2020, environ 420 000 nouveaux cas de cancer et 185 000 morts dues au cancer étaient attendus en France, ce qui en fait la première cause de décès[23]. Les taux d'incidence standardisés en fonction de l'âge, tous cancers confondus, étaient estimés à 10 % au-dessus de la moyenne de l'UE chez les hommes et à 5 % au-dessus chez les femmes. Selon les estimations, les localisations principales chez les hommes seraient la prostate, les poumons et le côlon-rectum, tandis que chez les femmes, le cancer du sein occuperait la première place, suivi par les cancers du côlon-rectum et du poumon (graphique 4). 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 la section 5.1).

Graphique 4. En 2020, plus de 400 000 diagnostics de cancer étaient attendus en France



Taux standardisé par âge (tous cancers confondus)
FR: 761 pour 100 000 habitants
UE: 686 pour 100 000 habitants

Taux standardisé par âge (tous cancers confondus)
FR: 512 pour 100 000 habitants
UE: 484 pour 100 000 habitants

Remarque: Le cancer de l'utérus ne comprend pas le cancer du col de l'utérus.
Source: ECIS – Système européen d'information sur le cancer

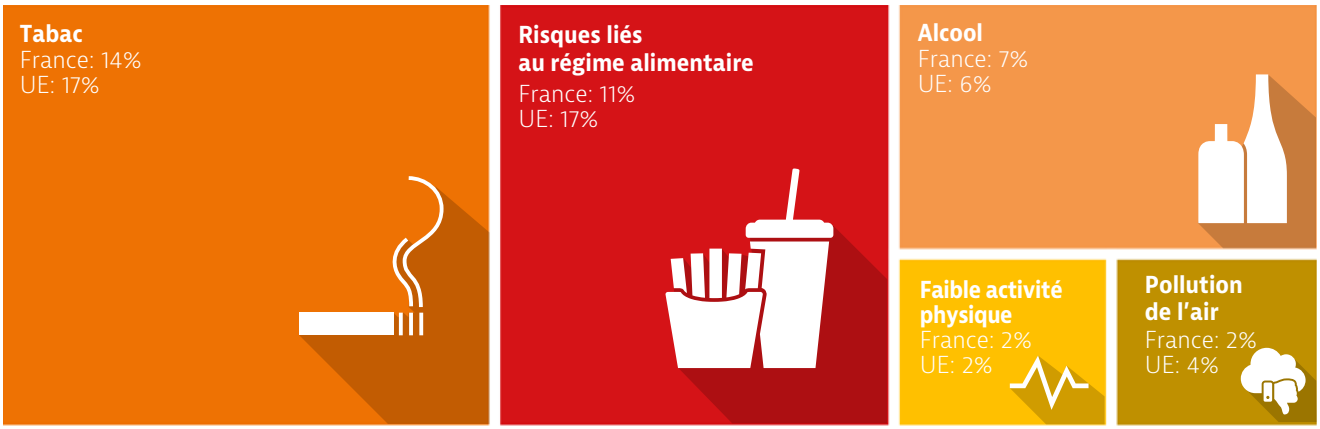
2. Il convient de noter que ces estimations ont été réalisées avant la pandémie de COVID-19, qui risque d'avoir des répercussions sur les taux d'incidence et de mortalité du cancer en 2020.
3. Sur la base des registres nationaux français, l'Institut national du cancer fait état d'environ 382 000 nouveaux cas de cancer en 2018 et 157 000 décès liés au cancer (https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers).

3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque 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 % de l'ensemble des décès en 2019 pouvaient être imputés à des facteurs de risque comportementaux (soit moins que la moyenne de l'UE, qui est de 39 %), tels que le tabagisme, les risques liés à la nutrition, la consommation d'alcool et une activité physique réduite. L'exposition à la pollution de l'air par les particules fines ($PM_{2,5}$) et l'ozone a, à elle seule, un effet non négligeable sur le nombre de morts chaque année (graphique 5).

Graphique 5. Le tabac, les risques liés à la nutrition et l'alcool sont des facteurs de mortalité majeurs en France



Remarque: 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 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 2000 à 24 % en 2019. 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 jeunes de 15 ans a diminué, passant de 26 % en 2014 à 18 % en 2018, ce qui correspond à la moyenne de l'UE.

Alors que la consommation d'alcool chez les adultes a diminué entre 2000 et 2013, elle s'est stabilisée depuis 2013 et était de 13 % supérieure à la moyenne de l'UE en 2019. Plus positivement, la proportion des jeunes de 15 ans qui déclarent avoir été en état d'ivresse plus d'une fois a considérablement diminué: elle est passée de 19 % en 2002 à 13 % en 2018, soit moins que la plupart des autres pays de l'UE[4].

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 a augmenté, passant de 9 % en 2000 à 14 % en 2019, soit moins que le taux moyen de l'UE[5]. Le taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 15 ans a également augmenté, atteignant 14 % en 2018, mais reste inférieur à celui de la plupart des pays de l'UE[6].

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 légume par jour est plus élevée en France que dans la plupart des pays de l'UE, en 2019, environ 35 % des adultes déclaraient ne pas manger de légumes tous les jours et 40 % ne manger aucun fruit. En 2018, deux tiers environ des jeunes de 15 ans déclaraient ne pas manger de fruits ou de légumes tous les jours.

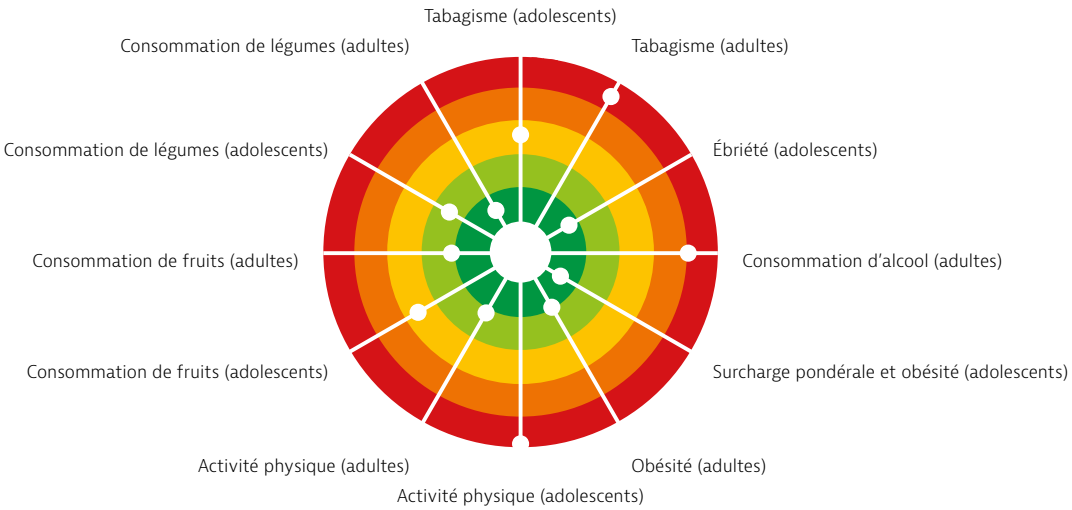
4. *Les résultats de l'enquête ESCAPAD de 2017 en France, qui couvre principalement les jeunes de 17 ans, ont aussi révélé une réduction de la proportion d'adolescents déclarant une consommation excessive d'alcool («binge drinking»). Toutefois, le taux observé (44 % en 2017) est plus élevé que celui de l'enquête HBSC de 2018 utilisé ici (proportion de jeunes de 15 ans qui déclarent avoir été en état d'ivresse plus d'une fois).*
5. *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 est demeuré stable, à 17 %, entre 2006 et 2016.*
6. *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 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 2018, après l'Italie. Cette tendance est particulièrement marquée chez les filles: 4 % seulement des adolescentes de 15 ans déclaraient exercer une activité physique au moins modérée, contre 11 % des garçons du même âge.

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

Graphique 6. Le tabagisme, l'alcool et le manque d'activité physique sont des problèmes de santé publique importants en France



Remarque: Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.
Sources: Calculs de l'OCDE à partir de l'enquête HBSC 2017-2018 pour les indicateurs concernant les adolescents; enquête de santé européenne par interview (EHIS) 2014 pour l'indicateur de l'activité physique chez les adultes; EHIS 2019 pour les indicateurs d'obésité et de consommation de fruits et de légumes; sources nationales pour les indicateurs de tabagisme et de consommation d'alcool chez les adultes.

4 Le système de santé

Le système de santé 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. Bien que les agences régionales de santé aient contribué plus largement au pilotage de l'offre de soins de santé à l'échelle locale depuis 2009, le système d'assurance maladie et le gouvernement central ont continué à jouer 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 systèmes de gouvernance mis en place pour faire face à la pandémie de COVID-19 ont été pilotés à l'échelle nationale (encadré 1).

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

En 2019, les dépenses de santé en France représentaient 11,1 % du PIB, soit la proportion la plus élevée de l'UE avec l'Allemagne, et supérieure à la moyenne de l'UE (9,9 %). La même année, la France arrivait à la septième place du classement des dépenses de santé par habitant dans l'UE, avec 3 645 EUR par habitant (graphique 7).

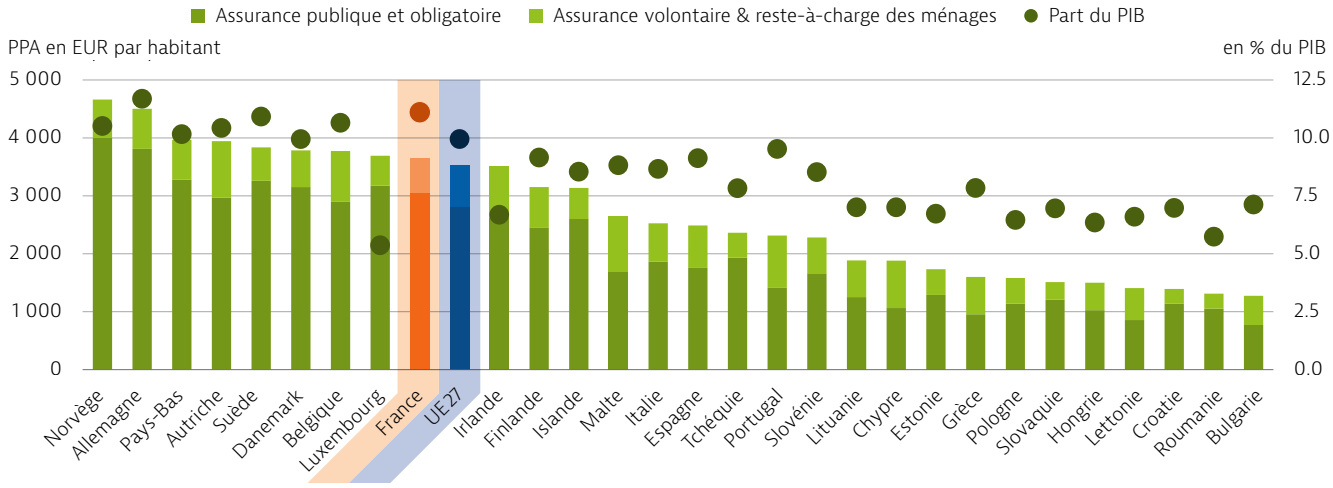
Encadré 1. Les mécanismes de gouvernance destinés à gérer la pandémie de COVID-19 ont été fortement centralisés

Pendant la pandémie de COVID-19, la France a centralisé ses prises de décision au niveau national en recourant au Conseil de défense et de sécurité national, organe de gestion de crise instauré en 2008, composé d'un nombre restreint de ministres et présidé par le Président. Tout au long de la pandémie, le Conseil a tenu des réunions hebdomadaires régulières lors desquelles il a pris de grandes décisions stratégiques sur la façon de gérer la crise sanitaire.

En outre, en mars 2020, le gouvernement a installé un conseil scientifique ad hoc, ayant pour mission de donner un avis scientifique transparent et indépendant sur les mesures de santé publique dans le but d'orienter les prises de décisions politiques durant la pandémie.

Si ce processus décisionnel était fortement centralisé, la mise en œuvre des mesures nécessitait toutefois la participation et la coordination de nombreux acteurs impliqués dans le système de santé à l' échelle nationale, régionale et locale. La complexité de la gouvernance éclatée entre le ministère de la Santé et d'autres agences nationales, ainsi que la nécessité de renforcer la coordination entre les agences régionales de santé et les instances préfectorales, ont posé des difficultés importantes au début de la crise de COVID-19 au printemps 2020, notamment lorsqu'il a fallu monter en puissance les capacités de tests et des laboratoires (Pittet et al., 2021; Or et al., 2020).

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



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée.
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019, sauf pour Malte: 2018).

En 2019, les dépenses de santé en France étaient financées à hauteur de 83,7 % par les régimes d'assurance publics et privés obligatoires [7], soit une proportion supérieure à la moyenne de l'UE de 79,7 %. Les recettes de ces régimes proviennent en grande partie des cotisations à la sécurité sociale payées par les salariés et par les employeurs, ainsi que des impôts sur le revenu et d'autres sources telles que les taxes sur le tabac et sur l'alcool.

Depuis 1996, l'augmentation annuelle des dépenses d'assurance maladie est contrôlée par un objectif national appelé «ONDAM» (objectif national de dépenses d'assurance maladie). Le taux de croissance est resté constant autour de 2,5 % par an au cours de la période 2009-2019, mais en 2020, il est passé à 9,5 % en raison du surcroît de dépenses lié à la pandémie et à la mise en œuvre d'un nouveau plan d'investissement visant à renforcer l'hôpital public (voir l'encadré 2 et la section 5.3).

Encadré 2. Le gouvernement a engagé des dépenses exceptionnelles pour contribuer à la réponse du système de santé face à la pandémie

Les dépenses de santé déployées pour faire face à la crise sanitaire et pour mettre en œuvre le nouveau plan d'investissement destiné aux hôpitaux (Ségur de la Santé, voir la section 5.3) ont dépassé l'objectif national de dépenses de santé initial de près de 14 milliards d'EUR en 2020 (soit 7 % de plus que l'objectif initial). Ce surcroît de dépenses comprenait 7 milliards d'euros pour les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée et 6,8 milliards d'euros pour les soins ambulatoires (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Alors que le taux de croissance annuel des dépenses publiques de santé avait été maintenu aux alentours de 2,5 % lors des années précédentes, il a atteint 9,5 % en 2020.

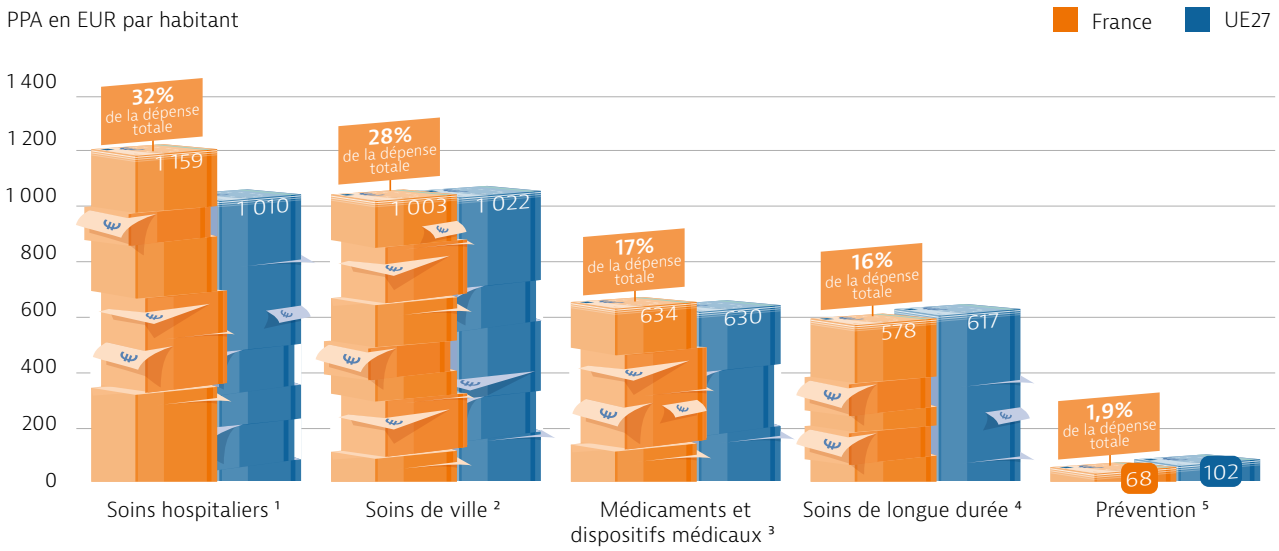
7. Les régimes d'assurance publics finançaient 77 % de l'ensemble des dépenses de santé; les assurances privées obligatoires en couvraient 6,7 %.

Les soins de ville et les soins hospitaliers comptent pour la majorité des dépenses de santé

Le plus grand poste de dépenses de santé correspond aux soins hospitaliers dispensés dans les secteurs publics et privés. Ils représentaient environ 32 % de la totalité des dépenses en 2019, soit une part légèrement plus élevée que la moyenne de l'UE, qui est de 29 % (graphique 8). Environ 28 % des dépenses de santé étaient consacrés aux soins de ville, notamment aux soins de premier recours, aux soins spécialisés et aux soins dentaires.

Les dépenses affectées aux médicaments et dispositifs médicaux dispensés hors de l'hôpital représentait presque un cinquième des dépenses de santé, et les soins de longue durée (SLD), plus d'un sixième. Les dépenses affectées à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3 % de moyenne dans l'UE. Toutefois, comme dans d'autres pays, ce chiffre n'inclut que les dépenses consacrées aux programmes de prévention organisés. Les dépenses réellement allouées à la prévention sont donc sous-estimées.

Graphique 8. Les dépenses de santé vont en majorité aux soins hospitaliers et aux soins de ville, mais peu à la prévention



Remarque: Les dépenses d'administration du système de santé 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 et les services auxiliaires (par exemple, le transport des patients). 3. Inclut uniquement la consommation non hospitalière. 4. Inclut uniquement la composante «santé». 5. Inclut uniquement les dépenses consacrées aux programmes de prévention organisés. La moyenne de l'UE est pondérée.
Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

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. Le fonds principal (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS) couvre 92 % de la population, et le fonds d'assurance maladie des exploitants agricoles en couvre 7 %. D'autres petits fonds (spécifiques à certaines catégories professionnelles, telles que la société nationale des chemins de fer) couvrent le dernier 1%. Le système prévoit en outre un régime financé à 100 % par l'État qui permet aux immigrés en situation irrégulière d'accéder à un certain panier de prestations pour des soins essentiels.

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 (voir la section 5.2).

La France a réalisé de nouveaux progrès en faveur de la couverture maladie universelle

En 2015, le Parlement français a adopté une loi visant à accroître l'universalité de la couverture maladie et à uniformiser la protection entre les différentes caisses d'assurance maladie. L'une des principales réalisations de cette réforme a été d'assurer la continuité de la couverture maladie pour les personnes vivant un changement de situation personnelle ou professionnelle. Par exemple, avant cette loi, un travailleur dont le changement d'emploi impliquait de modifier sa caisse d'affiliation pouvait se retrouver sans couverture santé pendant plusieurs semaines.

Une autre mesure importante découlant de cette réforme a été de permettre à toute personne majeure, autrefois rattachée comme ayant-droit, d'être affiliée à une caisse d'assurance maladie en son nom et de bénéficier à titre individuel de la prise en charge de ses frais. Cette avancée va dans le sens de l'universalité, en particulier pour les conjoints sans activité professionnelle. À la fin de l'année 2019, quelque 3,2 millions de personnes étaient devenues assurées autonomes.

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

Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins par habitant est resté stable en France, alors qu'il a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Par conséquent, il est maintenant bien en deçà de la moyenne de l'UE. En 2019, la France comptait 3,2 médecins pour 1 000 habitants, contre 3,9 en moyenne dans l'UE. La densité des médecins et autres professionnels de santé varie considérablement d'une région à l'autre, certaines régions devant faire face à des pénuries. Par ailleurs, l'éventualité d'une aggravation de la pénurie de médecins, en particulier des médecins généralistes, 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).

Le nombre de personnel infirmier en France a augmenté, passant de 7,9 pour 1 000 habitants en 2008 à 11,1 pour 1 000 habitants en 2019, ce qui est au-dessus de la moyenne de l'UE (8,4). À la suite de la pandémie de COVID-19, le gouvernement a pris plusieurs mesures pour améliorer le recrutement et retenir le personnel infirmier dans les hôpitaux et d'autres établissements (voir la section 5.3).

5 Performance du système de santé

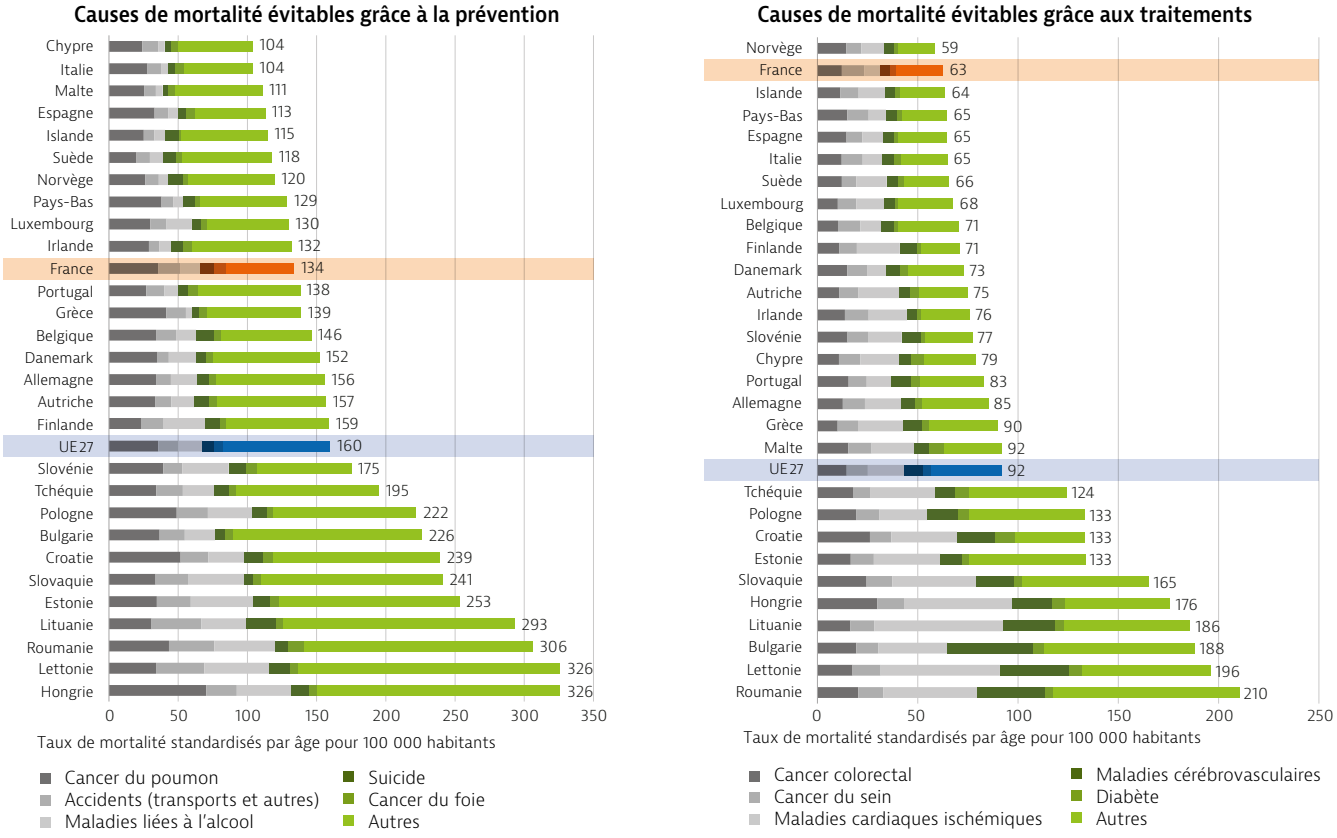
5.1 Efficacité

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

Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements était l'un des plus bas des pays de l'UE en 2016 (dernières données disponibles), et très en deçà de la moyenne de l'UE, ce qui témoigne de l'efficacité du système de santé pour sauver la vie de personnes souffrant d'affections aiguës (graphique 9). Les premières causes de mortalité évitable grâce aux traitements sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, l'AVC et la pneumonie.

Le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est également inférieur à la moyenne de l'UE, mais la France affiche de moins bons résultats que l'Italie, l'Espagne et la Suède. 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 9. Les taux de mortalité évitable grâce à la prévention et aux traitements sont inférieurs 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. 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. Les décès dus à certaines maladies (par exemple, la cardiopathie ischémique et les maladies cérébrovasculaires) 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. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Ces données reposent sur les listes révisées de l'OCDE/d'Eurostat. Source: Base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2018, sauf pour la France: 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. La 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, et ce grâce à un large éventail d'interventions. Pour autant, le budget alloué au plan national de santé publique demeure modeste (400 millions d'EUR sur cinq ans).

Les politiques de lutte contre le tabac ont contribué à 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 par 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.

Les mesures ont permis de faire baisser le pourcentage d'adultes qui fument quotidiennement de 4,5 points entre 2014 et 2019 (Santé Publique France, 2020b). D'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 3,4 millions de personnes ont participé à des actions d'aide à l'arrêt du tabac en 2018, soit 25 % de plus qu'en 2017. La France a également adopté d'autres mesures, notamment l'amélioration de la prise en charge des substituts nicotiniques depuis 2018, plusieurs hausses des taxes sur le tabac, le lancement d'une campagne publique #MoisSansTabac et la création d'une application pour aider les fumeurs à arrêter.

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

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, afin de promouvoir des habitudes alimentaires plus saines. En 2020, près de 60 % de la population ont déclaré avoir modifié certains de leurs comportements d'achat de produits alimentaires grâce au nutri-score, contre 43 % en 2019 (Santé Publique France, 2021a).



Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a augmenté de 10 points lors de la campagne 2020-2021

La pandémie de COVID-19 a soulevé l'importance de l'augmentation de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, afin d'atténuer la pression sur les hôpitaux et de prévenir la propagation simultanée des deux virus à grande échelle. Pour la campagne de vaccination antigrippale 2020-2021, le gouvernement a commandé 30 % de doses supplémentaires par rapport à 2019-2020, et a envoyé une invitation personnalisée à chacune des personnes éligibles, soulignant l'importance et les avantages de la vaccination.

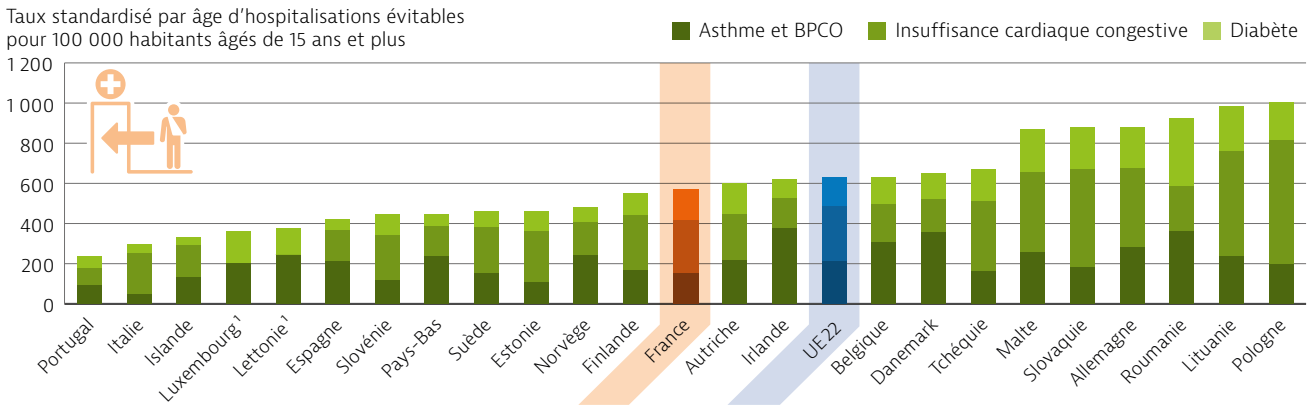
La campagne 2020-2021 a été une réussite: 60 % des personnes de plus de 65 ans se sont fait vacciner contre la grippe, contre quelque 50 % les années précédentes. Ce taux demeure cependant inférieur à l'objectif de 75 % de couverture vaccinale.

Le nombre d'hospitalisations évitables est plus faible que dans beaucoup d'autres pays de l'UE

Pour plusieurs maladies transmissibles ou chroniques, un grand nombre d'hospitalisations pourraient être évitées par une prévention et des soins de premier recours bien organisés. En 2019, même s'il y a eu moins d'hospitalisations évitables pour l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'insuffisance cardiaque congestive en France qu'en moyenne dans l'UE, le taux d'hospitalisations pour le diabète y était 8 % supérieur (graphique 10).

Ces vingt dernières années, les mesures visant à améliorer la prise en charge des pathologies chroniques hors de l'hôpital ont eu des résultats positifs, générant des gains d'efficience. Ainsi, un dispositif a été créé en 2004, suivi d'une extension en 2012, afin d'améliorer la prise en charge du diabète et de quelques autres maladies chroniques. Le dispositif repose sur un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers formés, visant à mieux diagnostiquer et à mieux prendre en charge les patients atteints de ces pathologies chroniques. En 2019, plus de 700 infirmiers et 3 000 médecins ont participé à ce dispositif. Selon les évaluations, les résultats sont positifs bien que modestes pour les soins aux patients. Le nombre de consultations chez le médecin n'a pas diminué, mais la taille de la patientèle a augmenté, semblant indiquer une amélioration de l'efficience (Loussouarn et al., 2019).

Graphique 10. Le nombre d'hospitalisations évitables est plus faible que la moyenne de l'UE



Remarque: 1. Les données concernant l'insuffisance cardiaque congestive ne sont pas disponibles pour la Lettonie et le Luxembourg.
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019 ou la dernière année disponible).

La France a lancé un plan national contre le cancer pour 2021-2030 afin d'améliorer la prévention et le traitement du cancer

En février 2021, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a été lancée en France, avec pour objectif de réduire de 50 000 cas par an le nombre de décès évitables par cancer. Elle s'articule autour de quatre grandes priorités: a) améliorer la prévention et le diagnostic précoce; b) améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer; c) augmenter les taux de survie chez les adultes et les enfants atteints de cancer, en particulier des cancers de mauvais pronostics; d) garantir que les progrès dans le traitement du cancer bénéficient à tous les groupes de la population, sans distinction. Une enveloppe de 1,74 milliard d'EUR sur cinq ans est prévue pour la mise en œuvre de cette stratégie, soit 20 % de plus que la somme allouée au plan précédent. Les axes de cette stratégie convergent avec les priorités générales définies dans le plan européen pour vaincre le cancer (Commission européenne, 2021).

Au cours des dernières décennies, la qualité du traitement des cancers s'est améliorée grâce à la création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique et à un accès plus rapide aux médicaments innovants. D'après les données les plus récentes disponibles, qui renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014, 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 (sein, côlon, col de l'utérus, prostate et poumon) et de leucémie infantile (graphique 11).

Bien que l'amélioration du dépistage et des traitements ait permis une croissance rapide du taux de survie à cinq ans pour les personnes atteintes de cancer du sein ou du côlon, les progrès ont été plus lents pour les autres cancers de plus mauvais pronostics, tels que le cancer du poumon (Santé Publique France, 2021b).

Graphique 11. La France affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne le taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer



Cancer de la prostate
France: 93 %
UE23: 87 %

Leucémies de l'enfant
France: 89 %
UE23: 85 %

Cancer du sein
France: 87 %
UE23: 82 %

Cancer du col de l'utérus
France: 65 %
UE23: 63 %

Cancer du côlon
France: 64 %
UE23: 60 %

Cancer du poumon
France: 17 %
UE23: 15 %

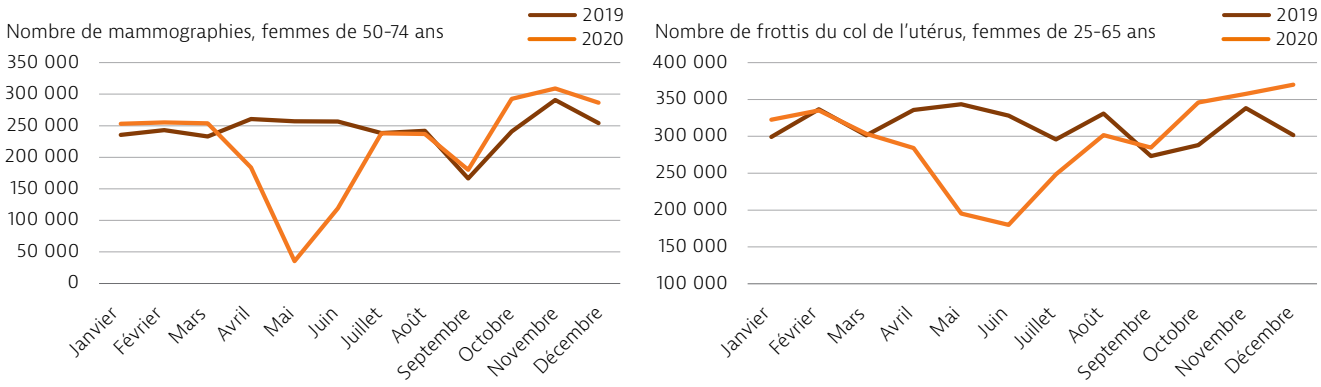
Remarque: Les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014. Par «leucémie infantile», on entend leucémie aiguë lymphoblastique.
Source: Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La crise de la COVID-19 a eu des effets délétères sur les programmes de dépistage et de traitement des cancers. Comme dans les autres pays de l'UE, le nombre de dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus a fortement chuté en France pendant le premier confinement (graphique 12). Sur l'ensemble de l'année 2020, le dépistage du cancer du sein a reculé de 14 % et celui du cancer du col de l'utérus a enregistré un ralentissement de 9 % par rapport à l'année 2019 (Assurance Maladie, 2021).

En outre, le nombre d'interventions carcinologiques non urgentes a chuté de 34 % en avril 2020 et de 27 % en mai 2020 par rapport à 2019 (Assurance Maladie, 2021), résultant à une diminution moyenne de 6 % sur l'ensemble de l'année 2020 par rapport à 2019. D'après Unicancer[8], les retards de diagnostics et de soins en cancérologie pendant la première vague de la pandémie seront la cause de 1 000 à 6 000 décès supplémentaires dans les années à venir.

8. Se reporter au lien suivant: https://www.unicancer.fr/fr/communique-de-presse/unicancer-presente-les-conclusions-de-son-etude-relative-aux-retards-de-diagnostics-en-cancerologie-lies-a-la-crise-sanitaire-et-deplore-labsence-de-revalorisation-des-praticiens-des-centres/

Graphique 12. Au printemps 2020, le premier confinement a fait considérablement reculer le dépistage des cancers



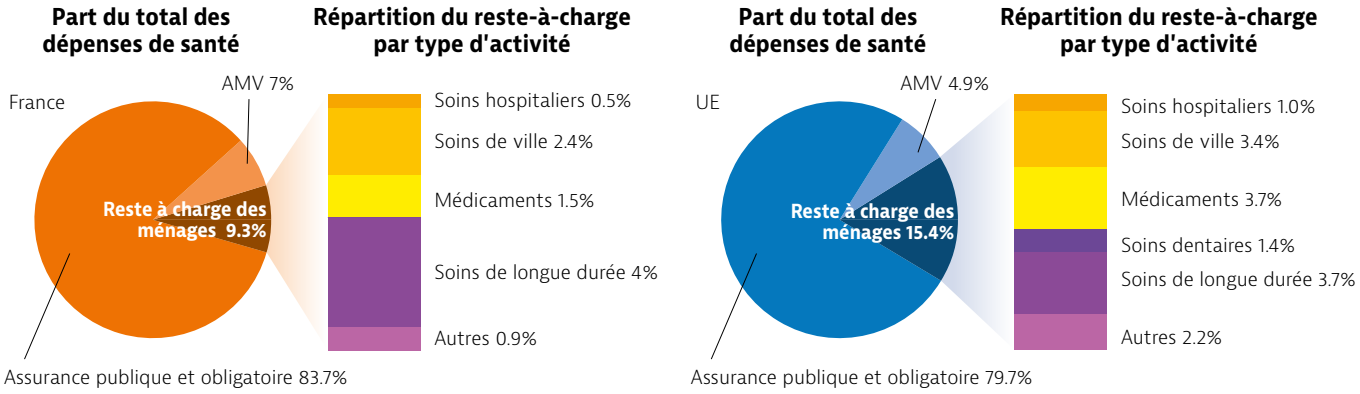
Source: Assurance Maladie (2021).

5.2 Accessibilité

Le niveau élevé de couverture par les assurances maladies publiques et privées limite les dépenses de santé non remboursées

La part des dépenses de santé non remboursées en France est la plus faible de toute l'UE (9,3 % contre 15,4 % en moyenne dans l'UE - graphique 13), car les régimes d'assurance maladie privés et publics prennent en charge la majorité des frais. C'est notamment le cas des personnes souffrant de pathologies chroniques, qui sont couvertes par un régime particulier couvrant tous les frais de santé liés à ces pathologies.

Graphique 13. La part des dépenses de santé non remboursées en France est la plus faible de toute l'UE



Remarque: 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 2021, base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

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: seul 1,2 % de la population en faisait état en 2019, sur la base des statistiques de EU-SILC. Des différences sont néanmoins visibles en fonction des catégories de revenus: environ 2,4 % des personnes du quintile inférieur de revenus ont déclaré renoncer à des soins médicaux – principalement à cause du coût – contre 0,4 % des personnes du quintile supérieur de revenus.

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 lunettes et autres aides optiques, et les soins dentaires. Ainsi, en 2019, 2,7 % de la population française déclaraient des besoins dentaires non satisfaits, mais cette proportion était beaucoup plus importante chez les personnes du quintile inférieur de revenus (6 %), principalement pour des raisons financières.

En 2018, l'Assurance Maladie a lancé un plan pour lutter contre le renoncement aux soins en déployant des conseillers santé dont la mission était de proposer un accompagnement personnalisé aux personnes fragiles.

La crise de COVID-19 et les mesures de confinement mises en place ont limité l'accès aux services de santé en 2020. Une enquête menée en février et mars 2021 a révélé que 16 % de la population déclaraient avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical au cours des 12 premiers mois de la pandémie. C'est en dessous de la moyenne de l'UE, qui est de 21 % (Eurofound, 2021).[9]

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

De nouvelles mesures devraient améliorer la prise en charge des soins dentaires, des aides optiques et auditives

Le panier de soins de santé est vaste au regard des biens et services pris en charge, qui comprennent les soins hospitaliers, les soins de ville et tous les autres services prescrits par les médecins, comme les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux et le transport sanitaire. Cependant, le niveau de la couverture varie selon les biens et les services.

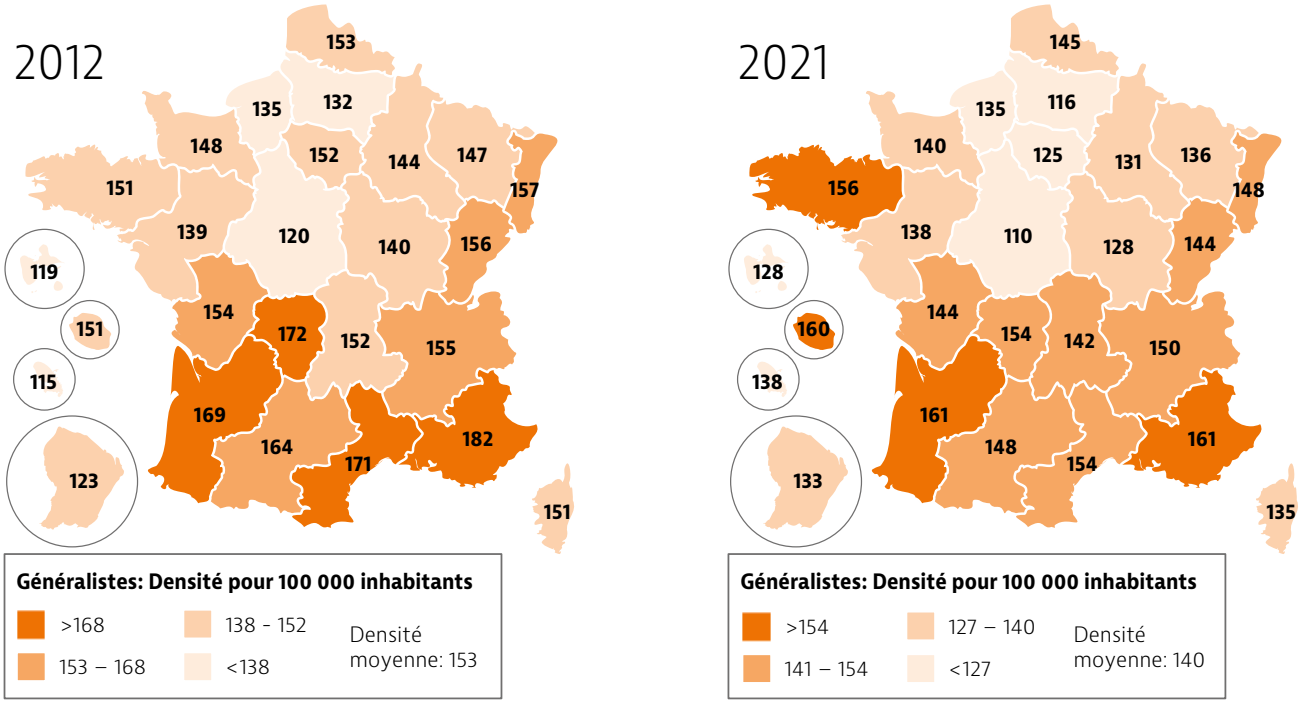
Les restes à charge peuvent être considérables. Par exemple, l'Assurance Maladie ne couvre pas plus de 95 % des frais d'optique, de 85 % des aides auditives et de 65 % des frais dentaires (principalement pour les prothèses). Le marché de l'assurance maladie complémentaire n'a pas compensé entièrement cette couverture limitée, ce qui a causé d'importants besoins médicaux non satisfaits chez les groupes de personnes à plus faibles revenus. Depuis 2017, le gouvernement a pris une série de mesures visant à réduire la charge financière que représentent les dépenses de santé. Depuis janvier 2021, l'offre « 100% Santé » donne à tout patient ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire accès à un panier de soins complet dans le domaine de l'optique, de l'audioprothèse et du dentaire, sans aucun reste à charge.

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 bien plus faible que la moyenne de l'UE, et le nombre total a chuté de 5,6 % entre 2012 et 2021. Avec l'accroissement de la population, la densité des généralistes est passée de 1,5 pour 1 000 habitants en 2012 à 1,4 en 2021. Bien que cette baisse ait été constatée dans la plupart des régions, elle a été plus importante dans certaines que d'autres, ce qui a accentué les inégalités (graphique 14).

Les «déserts médicaux» suscitent une inquiétude croissante et risquent de s'aggraver dans le futur compte tenu du grand nombre de départs à la retraite attendus dans les dix prochaines années chez les généralistes. La proportion de personnes vivant dans une région où la densité de généralistes est de 20 % inférieure à la moyenne nationale a augmenté, passant de 1 % en 2012 à 4 % en 2021 (DREES, 2021).

Graphique 14. La densité de médecins généralistes a baissé dans la quasi-totalité des régions françaises entre 2012 et 2021



Source: DREES (2021).

Pour répondre à ces préoccupations, les autorités ont lancé un certain nombre d'actions, prenant la forme notamment d'aides financières à l'installation des médecins et de différents allègements fiscaux. La principale mesure prise depuis 2007 pour tenter de résoudre ce problème a consisté à créer des maisons de santé pluridisciplinaires pour permettre aux généralistes et aux autres professionnels de santé d'exercer leur activité dans un lieu commun. En 2020, on comptait 1 612 maisons de santé pluridisciplinaires, soit 30 % de plus qu'en 2017. Malheureusement, la majorité des maisons créées récemment ne se trouvent pas dans les régions où l'accès aux soins est le plus limité (Mutualité Française, 2020).

De plus, dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les étudiants en dernière année de médecine générale ont pour obligation depuis 2021 de faire un stage d'au moins six mois en milieu ambulatoire, notamment dans les zones sous-dotées en médecins.

La mobilisation des étudiants en médecine pour améliorer l'accès aux soins dans les zones défavorisées a porté ses fruits. Entre 2010 et 2019, 2 696 contrats d'engagement de service public (CESP) ont été signés par des étudiants et des internes. Par ce type de contrat, les étudiants se voient accorder une allocation mensuelle pendant leurs stages. En contrepartie, les étudiants s'engagent à exercer à l'issue de leur formation dans une zone recensée par les agences régionales de santé où la continuité des soins est menacée pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation.

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

L'amélioration de l'accès aux soins de premiers recours est aussi un axe de la stratégie nationale de santé 2018-2022, qui a fixé pour objectif la création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'ici 2022. 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. La mise en place de plus de 500 CPTS était prévue en 2020, mais seules 60 étaient opérationnelles à la fin de l'année (Assurance Maladie 2020).

Ces communautés devraient favoriser le travail en équipe et le partage des tâches entre médecins et autres professionnels de santé, d'application limitée pour le moment. 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 comorbidités, et ce en collaboration avec les généralistes et les spécialistes, notamment au sein d'équipes de soins de premier recours et dans les établissements de soins de longue durée. Un premier groupe de 63 infirmiers en pratique avancée ont été diplômés en 2019, et 1 695 diplômés sont attendus en 2022 (ONDPS, 2021). En outre, un nouveau statut d'assistant médical a été créé pour la prise en charge 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. L'objectif est de former et recruter 4 000 assistants médicaux d'ici 2022 (en septembre 2020, environ 1 300 contrats avaient été signés).

Les soins liés à la COVID-19 sont entièrement couverts par le régime d'assurance maladie

Les fonds d'assurance maladie couvrent intégralement les frais liés au dépistage et au traitement de la COVID-19. En avril 2020, tous les tests (PCR et antigéniques) étaient entièrement remboursés, même sans ordonnance ni symptômes. Toutefois, les tests sérologiques ne sont remboursés que sur ordonnance. Les consultations médicales à la suite d'un test positif, pour la recherche de contacts et pour la vaccination sont également prises en charge à 100 %.

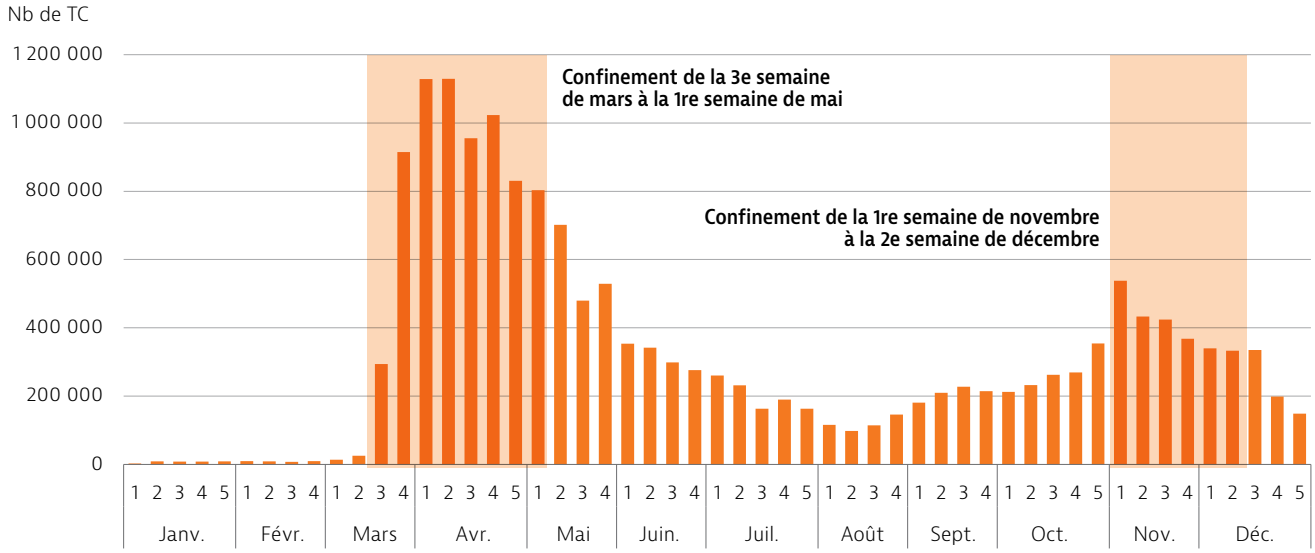
Diverses mesures ont été adoptées pour faciliter l'accès aux soins des groupes vulnérables pendant la pandémie. Des mécanismes ont notamment été mis en place pour permettre aux personnes migrantes de continuer à bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) une fois leurs droits venus à expiration.

Au printemps 2020, l'accès aux services de santé a été interrompu pour les patients non atteints de COVID-19

Pendant la première vague de la pandémie, les visites chez le médecin, les interventions chirurgicales en ambulatoire et les diagnostics de cancer ont diminué, en raison de la mobilisation nécessaire de ressources supplémentaires pour prendre en charge les patients atteints de COVID-19, mais aussi par peur d'attraper le virus. Ainsi, d'après l'analyse des actes facturés, pendant le premier confinement, l'activité des spécialistes a reculé de 60 % et celle des généralistes de 30 % par rapport à 2018 et 2019 (Assurance Maladie, 2020).

Pour maintenir l'accès aux soins, une des solutions a consisté à étendre les services de télémédecine. Le nombre de téléconsultations a culminé à presque 1 million par semaine en avril 2020, alors qu'il tournait autour de 10 000 par semaine avant mars 2020 (graphique 15). Le recours à la télémédecine a ensuite diminué avec l'allègement progressif du confinement en mai/juin 2020, avant de remonter pendant le deuxième confinement entre fin octobre et mi-décembre 2020. De nouvelles réglementations ont été instaurées afin d'accroître le recours à la télémédecine pendant la première vague de la pandémie: les conditions d'application et de remboursement ont été simplifiées pour garantir la continuité des soins; et les frais ont été 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. Les infirmiers ont également pu proposer des téléconsultations pour le suivi des patients infectés par la COVID-19 mis en quarantaine.

Graphique 15. Le nombre de téléconsultations a augmenté pendant les deux confinements en 2020



Source: Assurance Maladie (2020).

5.3 Résilience

Cette section sur la résilience se concentre principalement sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 et sur les mesures prises en réponse à cette crise sanitaire[10]. Comme mentionné à la section 2, la pandémie a eu une incidence majeure sur la santé et la mortalité de la population française en 2020, comme dans la plupart des autres pays de l'UE. Les mesures adoptées pour endiguer la propagation du virus ont mené à une forte récession économique (le PIB de la France a chuté de 8 % en 2020) et par conséquent à un accroissement du chômage et de la pauvreté. D'après les prévisions, la France ne devrait pas retrouver son niveau d'activité économique de 2019 avant 2022.

Une large série de mesures de confinement a été mise en place pour enrayer la pandémie, avec un succès mitigé

Les premiers cas de COVID-19 ont été recensés en France fin janvier 2020. À la fin du mois d'août 2021, 6,7 millions de personnes (soit environ 10 % de la population) avaient été infectées par le virus (cas confirmés par un test en laboratoire)[11]. Le taux de mortalité due à la COVID-19 était alors 7 % plus élevé en France (1 700 décès par million d'habitants) qu'en moyenne dans l'UE (environ 1 590).

À partir de fin février 2020, la France a adopté une série de mesures de confinement, interdisant d'abord les grands rassemblements, puis les visites dans les établissements de soins de longue durée. À la mi-mars 2020, le gouvernement a mis en place un premier confinement total, avec fermeture des écoles et des universités.

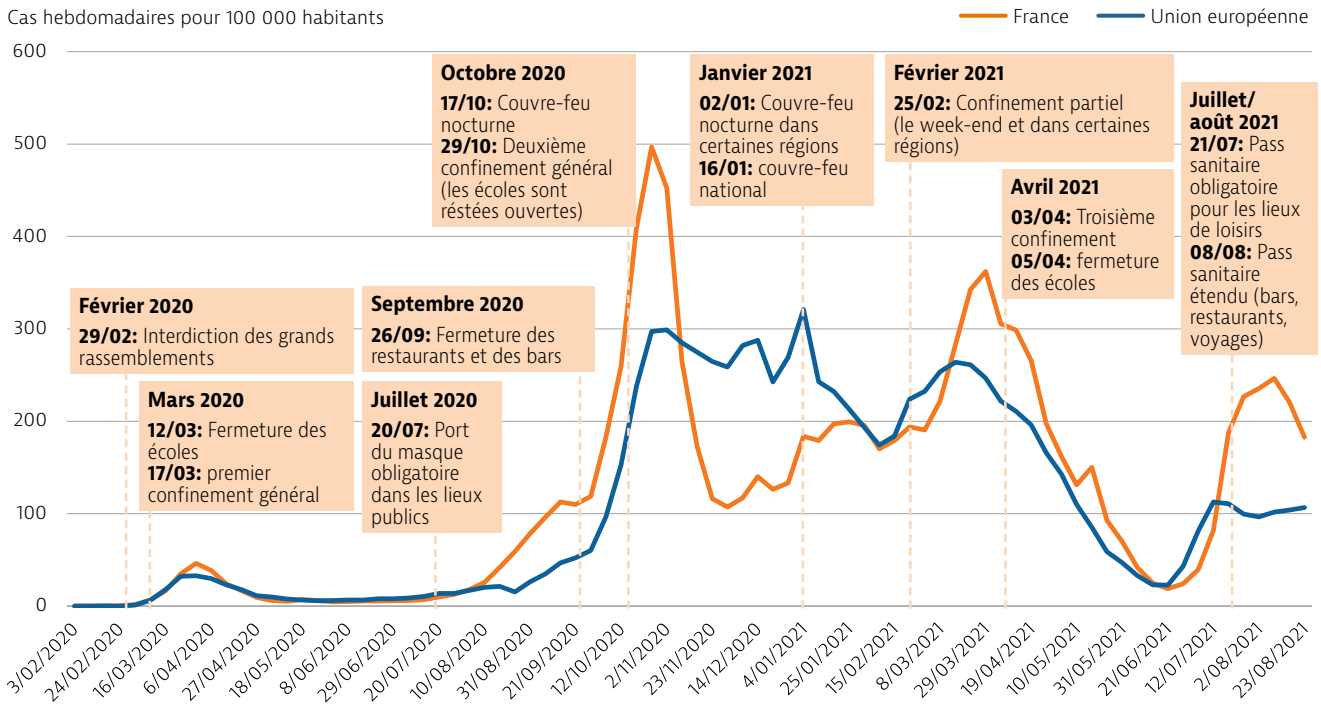
Ces mesures ont permis une baisse drastique du nombre de cas (graphique 16), bien que le virus n'ait jamais vraiment arrêté de circuler.

Au début du mois de juin 2020, les mesures de confinement ont été progressivement assouplies, menant à une montée lente mais constante du nombre de nouveaux cas durant l'été. Face à cette deuxième vague, à l'automne 2020, des mesures de confinement plus limitées et ciblées géographiquement ont d'abord été adoptées, suivies d'un deuxième confinement total à la fin du mois d'octobre. Cette fois, les écoles ont pu rester ouvertes, mais les universités ont été fermées et la totalité des cours donnés à distance, comme au printemps 2020.

Le deuxième confinement a été assoupli à la mi-décembre 2020, faisant craindre aux épidémiologistes une remontée rapide des cas à l'issue des vacances de Noël. Le nombre de cas s'est mis à augmenter lentement en janvier 2021, puis la France a instauré un couvre-feu national, suivi d'un confinement partiel en février 2021 dans les régions les plus touchées. Ces mesures n'ont pas suffi à enrayer la hausse constante du nombre de cas. Ainsi, au début du mois d'avril 2021, le gouvernement a annoncé un troisième confinement total, avec fermeture des écoles pendant 3 semaines, dont 2 correspondaient aux vacances scolaires. Ce troisième confinement a entraîné une baisse drastique du nombre de cas, mais à la fin du mois de juin 2021, le nombre de contaminations est remonté en flèche à cause du variant Delta plus contagieux. La France a instauré le pass sanitaire, rendu obligatoire fin juillet 2021 dans tous les lieux de loisirs, puis étendu aux bars, aux restaurants et aux trajets en train et en avion en France (graphique 16).

10. Dans ce contexte, la résilience du système 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 (Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé, 2020).
11. D'après l'Institut Pasteur, un cinquième de la population française avait été infecté par le virus de la COVID-19 à la date du 22 mars 2021.

Graphique 16. La France a instauré trois confinements en 2020 et 2021 pour empêcher la transmission du virus



Remarque: Les nombres de cas de COVID-19 en France et dans les autres pays ont été fortement sous-estimés pendant la première vague au printemps 2020 en raison des capacités de tests limitées.
Sources: ECDC pour les cas de COVID-19 et point de situation sur les actions du gouvernement (https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement).

Le niveau de préparation limité face aux maladies infectieuses a fait apparaître des lacunes au début de l'épidémie

Pendant la première vague de la pandémie, la France a rencontré un certain nombre de problèmes pour endiguer la propagation du virus. Le faible nombre de laboratoires accrédités et le manque de matériel (réactifs, écouvillons) ont limité la capacité logistique nécessaire au dépistage massif. Dans l'ensemble, le niveau de préparation aux urgences sanitaires était insuffisant pour ce qui est de la capacité des laboratoires. En raison des lourdeurs administratives, les pouvoirs publics ont également pris beaucoup de temps pour choisir les tests qui seraient utilisés et pour autoriser les laboratoires de recherche et d'autres laboratoires non médicaux à réaliser des tests de dépistage de COVID-19 (Pittet et al., 2021).

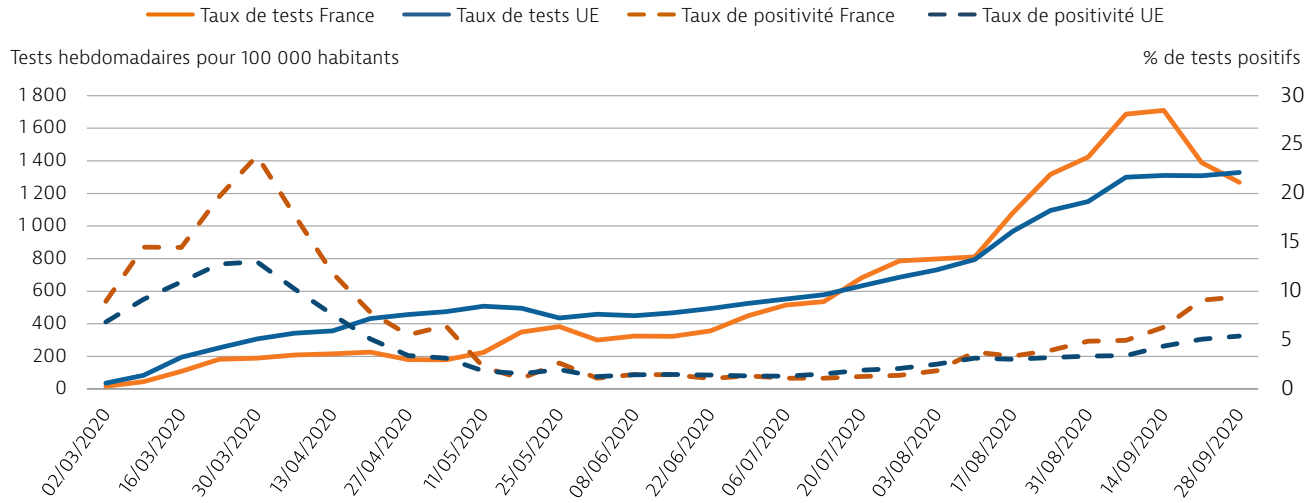
En outre, le stock de masques national était insuffisant, car des centaines de millions de masques achetés quelques années auparavant avaient atteint leur date d'expiration, et le stock n'avait été reconstitué que partiellement du fait de restrictions budgétaires importantes. Par conséquent, les recommandations du gouvernement relatives au port du masque étaient ambiguës au début de la pandémie. Ces deux facteurs permettent d'expliquer pourquoi les Français ont adopté le port du masque tardivement au printemps 2020 par rapport à l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne. L'écart s'est resserré à l'été 2020. En France, le port du masque dans tous les commerces et lieux publics fermés a été rendu obligatoire le 20 juillet 2020 pour toutes les personnes de plus de 11 ans.

La mise en œuvre de la stratégie «tester, tracer, isoler» s'est avérée compliquée au tout début de la pandémie

Au début de la pandémie, les capacités de la France ne permettaient pas de promouvoir un dépistage massif. Le nombre de tests réalisés par semaine était bien plus bas que la moyenne de l'UE de mars à mai 2020. Les tests se limitaient principalement aux personnes présentant des symptômes de la COVID-19 dans les hôpitaux, ce qui explique le taux de positivité élevé à cette période (graphique 17). Seule une faible portion de tests était effectuée en dehors des hôpitaux pendant la première vague, réduisant ainsi la capacité à mettre en œuvre une stratégie efficace de suivi et d'isolement des contacts. Les capacités de tests ont ensuite augmenté progressivement grâce à une plus grande mobilisation des laboratoires et des personnes autorisées à faire les prélèvements. Néanmoins, à la fin de l'été 2020, les laboratoires avaient encore du mal à répondre à la demande élevée, entrainant de longs délais d'attente pour se faire tester ou pour recevoir ses résultats.

À partir de septembre 2020, la France a défini de nouveaux critères de priorisation des patients pour les tests, créé de nouveaux centres de test et encouragé l'utilisation des nouveaux tests antigéniques rapides. Ces efforts ont porté leurs fruits: à la fin de l'année 2020, la France faisait partie des pays de l'UE effectuant le plus de tests.

Graphique 17. La montée en charge des capacités de tests en France s'est faite difficilement au début de la crise



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Source: ECDC.

En partie à cause des faibles capacités de tests au début de la pandémie, la France a également connu des difficultés pour suivre les cas contacts, car le nombre de professionnels chargés d'assurer ce suivi était limité et la transmission du virus n'avait pas été suffisamment contenue pour rendre le suivi des contacts efficace. Par ailleurs, une faible proportion de la population a téléchargé la première application de suivi des contacts. Lancée début juin 2020 à l'issue du premier confinement, elle n'avait été téléchargé que par 3 % de la population en octobre 2020. Les autorités ont ensuite sorti une nouvelle application, qui a rencontré un plus grand succès : en mars 2021, 20 % de la population l'avait téléchargée. Tout comme les autres applications de suivi de la COVID-19, sa capacité réelle à favoriser les efforts de suivi des contacts reste à démontrer.

La politique d'isolement et de quarantaine n'a pas été strictement appliquée et contrôlée tout au long de la pandémie. Il a été demandé aux personnes testées positives à la COVID-19 de s'isoler chez elles. Si l'auto-isolement n'était pas possible, il était prévu pour ces personnes de s'isoler dans des hôtels mobilisés à cet effet, mais le déploiement de ce plan est resté d'envergure très limitée. Pour favoriser l'observance de ces mesures, le gouvernement a simplifié et étendu les conditions d'indemnisation des arrêts de travail en janvier 2021.

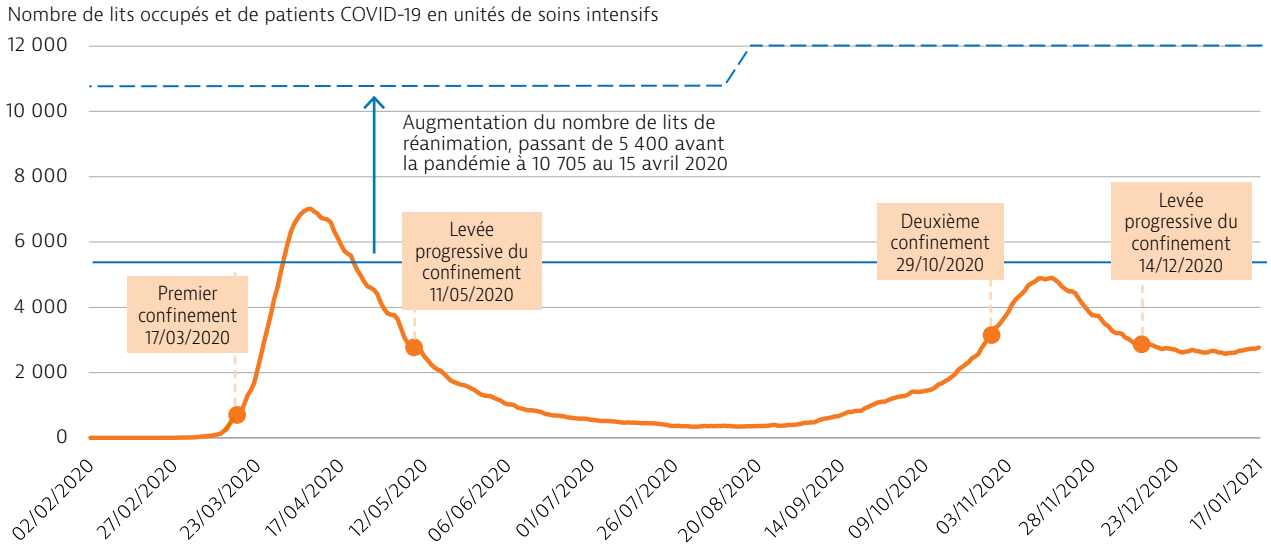
La pandémie a exercé une pression aiguë sur les hôpitaux, mais des ressources supplémentaires ont pu être mobilisées rapidement

Le «plan blanc», plan d'urgence des hôpitaux, a été déclenché le 12 mars 2020 afin de mobiliser des ressources humaines et matérielles supplémentaires face à la pandémie. Même si la France disposait de plus de lits d'hôpitaux et de lits de soins intensifs par habitant que beaucoup d'autres pays de l'UE avant l'épidémie, dans certaines régions, les hôpitaux ont vite été débordés pendant la première vague.

Pour faire face à l'accroissement massif de la demande de soins aigus, des professionnels et du matériel de santé ont été transférés vers les hôpitaux des régions les plus affectées. L'armée a aidé à installer des hôpitaux de campagne et des lits de réanimation supplémentaires dans les régions les plus durement touchées. Par ailleurs, dans des hôpitaux publics et privés, des salles de réveil ont été converties en unités de soins intensifs. Grâce à ces différentes mesures, le nombre de lits de réanimation a presque doublé, passant de 5 400 avant la pandémie à 10 700 le 15 avril 2020 (DREES, 2021b). En conséquence, le nombre de patients atteints de COVID-19 en soins intensifs au printemps 2020 ne dépassait pas la capacité hospitalière totale à l'échelle nationale (graphique 18). Toutefois, dans certaines régions, les hôpitaux ont été saturés et des patients ont dû être transférés vers d'autres régions ou dans des pays limitrophes (Allemagne, Suisse, Luxembourg). À la fin du mois d'août 2020, la capacité potentielle de lits de soins intensifs avait encore été augmentée, atteignant 12 000 (ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a).

La France a aussi réussi à mobiliser du personnel supplémentaire pour faire face à la hausse de la demande de soins au printemps et à l'automne 2020, notamment grâce à une plateforme nationale destinée au recrutement de volontaires et d'étudiants des filières médicales ou infirmières. La réserve sanitaire, instaurée en 2007 à la suite de l'épidémie de grippe aviaire, a également servi à recruter des professionnels de santé inactifs ou retraités. Au début du mois de mai 2020, plus de 2 000 professionnels de santé et plus de 2 000 professionnels du secteur des SLD ont été mobilisés pour faire face à la première vague (ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a). Pendant la deuxième vague, près de 800 professionnels de santé ont été mobilisés.

Graphique 18. L'augmentation de la capacité en lits de réanimation a permis de répondre à l'afflux important de patients



Remarque: La courbe orange représente le nombre quotidien de patients COVID-19 en soins intensifs, elle n'inclut pas les admissions en soins intensifs pour d'autres raisons. La courbe bleue continue représente la capacité hospitalière initiale en lit de réanimation avant la pandémie. La courbe bleue en pointillé représente la capacité hospitalière supplémentaire mobilisée pendant la pandémie.
Source: ECDC pour les patients (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/download-data-hospital-and-icu-admission-rates-and-current-occupancy-covid-19); DREES (2021b) pour les lits en soins intensifs.

La réponse à la crise COVID-19 dans les maisons de retraite s'est progressivement améliorée, mais des problèmes structurels perdurent dans le secteur des soins de longue durée

La première vague de la pandémie a touché de manière disproportionnée les personnes résidant dans des établissements de SLD. Entre mars et fin mai 2020, près de la moitié (49 %) des décès liés à la COVID-19 en France a touché des résidents d'établissements de SLD. Le plan d'urgence COVID-19 a été déclenché dans les établissements de SLD en même temps que le plan blanc dans les hôpitaux (6 mars 2020), mais ces établissements étaient particulièrement vulnérables à cause d'une pénurie d'équipement de protection, de tests et de personnel dûment formé (Pittet et al., 2021; Milon et al., 2020).

Les agences régionales de santé ont fourni un soutien médical accru aux maisons de retraite, en offrant notamment un renfort de professionnels de santé pour augmenter les capacités de tests et de soins, et en développant un réseau de soins plus intégré pour aider à coordonner les hospitalisations et à suivre correctement les patients sortis de l'hôpital. Cependant, des difficultés structurelles telles que le manque permanent de personnel et de professionnels de santé compétents dû aux conditions de travail peu attractives continue d'affecter la qualité et la sécurité des services de SLD. L'une des solutions proposées par le gouvernement a été d'octroyer des primes aux soignants pour les récompenser des efforts exceptionnels qu'ils ont fournis pendant la première vague de la pandémie. En outre, pour améliorer le recrutement du personnel et 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 comprise entre 45 et 450 EUR par mois d'ici la fin de l'année 2021 et le début de l'année 2022, en fonction du type de poste.

L'hésitation vaccinale a fortement diminué une fois la campagne de vaccination lancée

Une fois les premiers vaccins contre la COVID-19 approuvés en décembre 2020 et en janvier 2021, la campagne de vaccination a démarré lentement en France, puis s'est accélérée à partir de février 2021 lorsque le nombre de doses disponibles a augmenté. Les groupes cibles de la population ont progressivement été élargis et plusieurs centaines de centres de vaccination ont été ouverts afin de pouvoir procéder à une vaccination de masse. Outre les généralistes, les pharmaciens, infirmiers et autres professionnels de santé ont aussi été habilités à administrer le vaccin.

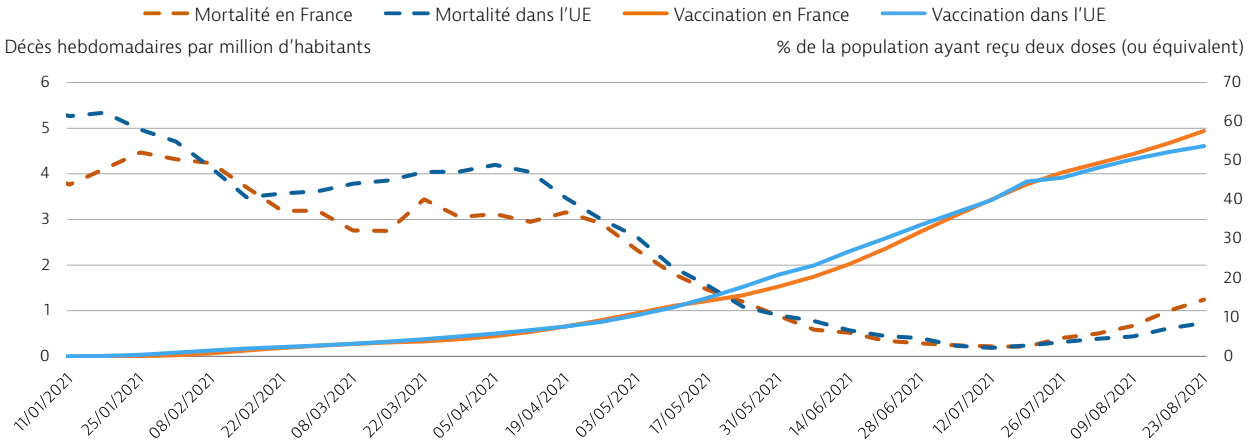
Au début de la campagne 2021, l'hésitation vaccinale était très présente en France, avec un Français sur deux déclarant ne pas vouloir se faire vacciner à la mi-janvier 2021. Cependant, elle a nettement diminué au cours de l'année 2021 et, à la mi-août 2021, la part de la population française qui déclarait ne pas vouloir se faire vacciner n'était plus que de 23 %. La mise en place du pass sanitaire pendant l'été 2021 s'est avérée être une motivation supplémentaire pour les personnes non vaccinées à recevoir leurs deux doses (ou équivalent) afin de pouvoir accéder à certains lieux et services.

En juin 2021, la campagne de vaccination a été étendue aux jeunes de 12 à 17 ans, avec l'accord de l'un des deux parents. La campagne se poursuit à l'automne 2021: 68 % des adolescents avaient reçu au moins une dose au début du mois de septembre 2021.

À la fin août 2021, 59 % de la population avaient reçu deux doses (ou équivalent), soit un peu plus que la moyenne de l'UE (graphique 19).

Le gouvernement a annoncé la vaccination obligatoire contre la COVID-19 pour les professionnels de santé et du secteur des soins de longue durée à partir de la mi-septembre 2021, le but étant de garantir une meilleure protection des patients. Tandis que les deux tiers environ des professionnels de santé dans les hôpitaux et les établissements de SLD avaient déjà reçu deux doses (ou équivalent) à la fin du mois de juillet 2021, cette proportion n'a atteint que 43 % chez les aides-soignants et 42 % chez les internes (Santé Publique France, 2021c). Les professionnels de santé et du secteur des soins de longue durée non vaccinés ne sont plus autorisés à exercer depuis la mi-septembre 2021.

Graphique 19. Le pourcentage de la population ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 était proche de la moyenne de l'UE à la fin du mois d'août 2021



Remarque: La moyenne de l'UE n'est pas pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Source: ECDC pour les cas de COVID-19 et Our World in Data pour les taux de vaccination.

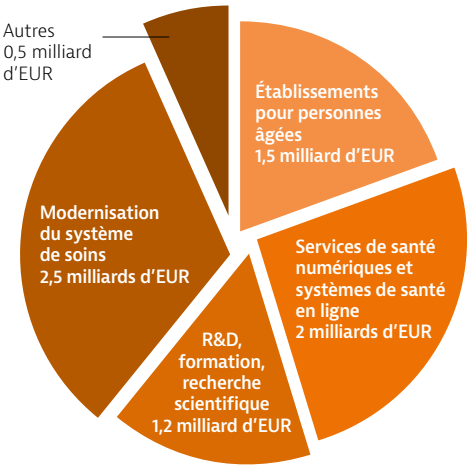
Le gouvernement a augmenté les dépenses publiques de santé pour renforcer le système de santé

Comme indiqué à la section 4, le gouvernement a fortement augmenté les dépenses publiques de santé en 2020 afin de faire face à la crise: le taux de croissance des dépenses de santé était de 9.5 % en 2020 contre 2,5 % par an en moyenne au cours de la décennie précédente. En 2021, le taux de croissance devrait être de 4 %, les provisions pour les tests (2 milliards d'EUR), la vaccination (1,5 milliard d'EUR) et les masques (0,7 milliard d'EUR) étant comprises dans ces dépenses.

En juillet 2020, le gouvernement a adopté un plan ambitieux visant à renforcer l'hôpital public et à investir davantage dans le personnel de santé. S'appuyant sur de nombreux entretiens avec les professionnels de santé et les syndicats, le plan a prévu 8,2 milliards d'EUR supplémentaires par an pour améliorer le recrutement et la rétention du personnel des métiers de la santé dans les hôpitaux et les d'établissements de SLD. Par ce plan, le gouvernement réitère aussi son intention de restructurer l'hôpital public, d'améliorer la coordination entre soins de ville et hospitaliers, de développer le volet numérique du système de santé et de moderniser le secteur des soins de longue durée (ministère des Solidarités et de la Santé, 2020b).

Ces investissements s'appuieront sur le plan national de relance et de résilience de la France. Il prévoit ainsi 7,7 milliards d'EUR pour les soins de santé, la recherche et la cohésion, soit presque 20 % de l'enveloppe totale allouée à la France sur les fonds de l'UE au titre de la Facilité pour la reprise et la résilience. Les axes de priorité sont, entre autres, la modernisation du système de santé, un accroissement de l'investissement dans les établissements pour personnes âgées, une mise en œuvre élargie des outils de santé technologiques et des systèmes de télésanté, ainsi que de dynamiser la recherche et l'innovation, l'enseignement et la recherche scientifique (graphique 20).

Graphique 20. Le plan national de relance et de résilience alloue 7,7 milliards d'EUR au secteur de la santé



Source: Plan national de relance et de résilience de la France (2021).

6 Principales conclusions

- L'espérance de vie en France est l'une des plus longues en Europe, mais elle a diminué de huit mois en 2020 en raison des décès liés à la COVID-19, soit la plus forte baisse observée depuis la Seconde Guerre mondiale. Environ 65 000 personnes sont mortes de la COVID-19 en 2020, et 49 000 au cours des huit premiers mois de 2021.

- Les facteurs de risque pour la santé liés au comportement, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique, sont des vecteurs majeurs de mortalité. De plus, des facteurs comme l'obésité augmentent le risque de complications et de décès liés à la COVID-19. Les facteurs environnementaux comme la pollution de l'air sont aussi à l'origine de plusieurs milliers de morts chaque année en causant maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et certains types de cancer.

- Ces dernières années, entre 380 000 et 420 000 nouveaux cas de cancer par an ont été détectés en France, et entre 157 000 et 185 000 personnes sont mortes d'un cancer chaque année, ce qui fait du cancer la première cause de mortalité en France. La France affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE pour ce qui est du taux de survie à la suite d'un diagnostic de cancer, et ce pour différents types de cancer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a été lancée avec pour objectif de faire baisser de 50 000 cas par an le nombre de décès évitables imputables au cancer. La crise de la COVID-19 a eu une incidence négative sur les dépistages et traitements du cancer compte tenu de l'interruption des services et des interventions pendant les périodes de confinement.

- En 2019, les dépenses de santé représentaient 11,1 % du PIB, soit la proportion la plus élevée de l'UE avec l'Allemagne. Les dépenses publiques de santé ont augmenté de 9.5% en 2020 pour faire face à la crise sanitaire, tandis que le PIB a chuté de 8 %.

- Le système de santé français garantit un bon accès aux soins, avec peu de restes à charge. En revanche, la pandémie et les mesures de confinement mises en place ont réduit l'accès aux services de santé en 2020: une personne sur six a déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 premiers mois de la pandémie, soit moins que la moyenne de l'UE (21 %), mais plus qu'en Allemagne. Pour aider à maintenir l'accès aux soins, de nouvelles réglementations ont été instaurées afin d'accroître le recours à la télémédecine.

- Ces dix dernières années, le faible nombre de généralistes exerçant dans les zones sous-dotées («déserts médicaux») est une source d'inquiétude. La création de communautés professionnelles territoriales de santé devrait permettre d'améliorer l'accès aux soins, notamment en favorisant le travail en équipe et le partage des tâches entre les médecins et les autres professionnels de santé.

- La France fait partie des pays de l'UE les plus durement touchés par la crise de la COVID-19, avec un nombre de cas et un taux de mortalité légèrement supérieurs aux moyennes de l'UE entre mars 2020 et fin août 2021. De nombreuses mesures, dont trois confinements plus ou moins stricts, ont été adoptées pour tenter d'enrayer la transmission du virus dès le début de l'épidémie, avec un succès mitigé. La France a d'abord connu plusieurs revers en raison de sa faible préparation à la survenue d'une pandémie, à la lente montée en charge des capacités de tests et aux problèmes de coordination entre les autorités nationales, régionales et locales, mais au bout de quelques mois, la situation s'est améliorée.

- Des ressources supplémentaires ont été mobilisées pendant les pics epidémiques pour venir en aide aux hôpitaux saturés et à d'autres acteurs du système de santé. La France a reçu un renfort de personnels grâce à une plateforme nationale de recrutement de volontaires et d'étudiants des filières médicales ou infirmières, et à la réserve sanitaire.

- Comme dans d'autres pays de l'UE, la campagne de vaccination contre la COVID-19 a démarré début décembre 2020. À la fin du mois d'août 2021, près de 60 % de la population avaient reçu deux doses (ou équivalent), soit un peu plus que la moyenne de l'UE. La mise en place du pass sanitaire pendant l'été 2021 a fortement motivé les personnes qui hésitaient encore à se faire vacciner à recevoir leurs deux doses afin de pouvoir retrouver une vie normale.

Sources principales

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, *European Observatory on Health Systems and Policies (2021),* COVID-19 Health Systems Response Monitor – France: https://www.covid19healthsystem.org/countries/France /countrypage.aspx.

Références

Assurance Maladie (2020), *27 propositions pour améliorer la qualité du système de soins et maîtriser les dépenses en 2021.*

Assurance Maladie (2021), *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'assurance maladie pour 2022.*

DREES (2021), *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76.*

DREES (2021b), *Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019.*

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.* Publications Office of the EU.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan.*

INSEE (2020), *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement.* Portrait Social, Insee References, éditions 2020.

Inserm (2021), *Séquelles de la Covid : 60 % des patients hospitalisés présentent au moins un symptôme après 6 mois.*

Loussouarn C et al. (2019), *La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste? L'impact du dispositif Asalée.* Questions d'économie de la santé, No. 241, IRDES.

Milon et al. (2020), *L'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la COVID-19 et de sa gestion*. Senat, No 199, Tome 1.

Ministère des solidarités et de la santé (2020a), *Recommandation d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de COVID-19.* Fiche ARS No. 135.

Ministère des solidarités et de la santé (2020b), *Ségur de la santé : Les conclusions.*

Ministère des solidarités et de la santé (2021), *Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021.*

Mutualité Française (2020), *Accès territorial aux soins.*

ONPS (2021), *Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025)*, Rapport et Propositions.

Or Z et al. (2021), *France's Response to the Covid-19 Pandemic: between a Rock and a Hard Place*, IRDES Working paper N°83.

Pittet D et al. (2021), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise COVID-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques.*

Santé Publique France (2020a), *CoviPrev – une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19.*

Santé Publique France (2020b), *Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme,* 2014-2019. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (14):273-81.

Santé Publique France (2021a), *Le Nutri-Score : un logo bien intégré dans le quotidien des Français.*

Santé Publique France (2021b), *Survie des personnes atteintes de cancer : nouvelles estimations pour la période 1989-2018 en France métropolitaine pour 14 localisations cancéreuses.*

Santé Publique France (2021c), *Couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les professionnels exerçant en établissements de santé, Résultats du 2ème point de mesure.*

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		

European Commission

State of Health in the EU
Profil de santé par pays 2021

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/ou 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 (2021), France: Profils de santé par pays 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264668140 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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