



Sécuriser et améliorer notre système de santé

Capitaliser sur nos points forts pour corriger nos faiblesses

Table des matières

À propos des auteurs	3
A propos de l'Institut Sapiens	5
Introduction	6
Partie I - Comparaison des performances des systèmes de santé au sein de l'OCDE	8
I) Typologie des systèmes de santé existants	8
1.1. Classement des pays selon la typologie d'Esping-Andersen	8
1.2. Définition du degré d'hybridation des systèmes selon le type de financement	12
II) Comparaisons internationales	15
2.1. Classement de l'état de santé des citoyens de l'OCDE	15
2.2. Comparaison des performances des systèmes de santé de l'OCDE	18
Indicateur composite numéro 1 : Qualité du système	18
Indicateur composite numéro 2 : Accessibilité financière	28
Indicateur composite numéro 3 : Accessibilité géographique	32
Indicateur composite numéro 4 : Couverture du système	37
Indicateur composite numéro 5 : Prévention	41
Partie II - Caractéristiques du système de santé français	54
I) Dépenses et financement du système de santé français	55
1.1. L'assurance maladie obligatoire (régime général, régime agricole, régimes spéciaux)	58
1.2. Le marché des complémentaires, entre mutuelles volontaires, assurances privées et institutions de prévoyance : une cohabitation entre organismes lucratifs et non-lucratifs	61

II)	Organisation actuelle du système de santé français	66
2.1.	Structure organisationnelle et pilotage du système	66
2.2.	Forces et faiblesses du modèle français	67
III)	État actuel du système de santé français	73
3.1.	Une importante disparité de l'offre médicale	73
3.2.	S'appuyer sur les acteurs existants	79
	Conclusion	84
	Annexes	87
	Bibliographie	95

À propos des auteurs



Dominique Calmels

Co-fondateur de l'Institut Sapiens

Ancien directeur financier du groupe Accenture pour la France et le Benelux, il est le Vice-président du Groupement des professions de services (GPS), en charge de l'économie, de la compétitivité et de la fiscalité. Il participe aux travaux du Medef dans plusieurs comités. Il est passionné d'économie, notamment l'économie de la Fonctionnalité et Circulaire. Il a une formation en finance, comptabilité et fiscalité.



Erwann Tison

Directeur des études de l'institut Sapiens

Diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, aux questions de formation et aux problématiques européennes. Il dirige les études de l'Institut Sapiens depuis décembre 2017. Il a publié son premier essai en janvier 2019 intitulé *"les robots, mon emploi et moi"* (éditions Eska).



Anastasiia Kyrylesku

Chargée d'études à l'Institut Sapiens

Macroéconomiste formée à l'Université de Strasbourg et à la Durham University Business School en Angleterre, elle a rejoint l'Institut Sapiens en février 2019. Ayant une expérience dans la fonction publique territoriale, elle s'intéresse particulièrement aux politiques étatiques de protections sociales, particulièrement dans le domaine de la santé et de la retraite.



A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est la première « think tech » française. Organisme indépendant à but non lucratif, sa vocation est de peser sur le débat économique et social français par la diffusion de ses idées. Il innove par ses méthodes, son ancrage territorial et la diversité des intervenants qu'il mobilise, afin de mieux penser les enjeux vertigineux du siècle.

Sapiens souhaite défendre la place de l'humain dans une société bouleversée par le numérique. Son axe principal de travail est l'étude et la promotion des nouvelles formes d'écosystèmes favorables au développement économique et au bien-être social.

Sapiens fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par le débat touchant aux grands enjeux actuels.

Plus d'informations sur <http://institutsapiens.fr>





Introduction

La crise du Covid-19 a été un immense test pour tous les systèmes de santé. Chaque pays a pu mesurer la résilience et les limites de son propre système. Les mesures adoptées face à la pandémie, au prix de lourdes conséquences économiques, ont surtout rappelé une évidence : la santé passe avant tout.

Si cette actualité a démontré la primauté du sanitaire sur toute autre préoccupation, elle a aussi remis sur le devant de la scène, en France, une question maintenant ancienne : comment améliorer notre système de santé ?

Attention aux mots, cependant : améliorer ne veut pas dire tout balayer. Si des réformes structurelles profondes sont requises dans notre système de santé, il est aussi crucial de bien identifier les spécificités qui font sa force.

Avant de chercher à perfectionner le système de santé français, il faut déjà bien le comprendre et mettre en regard notre pays avec ses voisins pour déterminer nos atouts et les aspects sur lesquels nous sommes les plus performants. C'est tout l'objet de la présente étude.

Pour évaluer les performances du système de santé français, nous mesurerons ainsi son efficacité par rapport à un ensemble de pays de l'OCDE, à travers cinq critères objectifs. Dans un second temps, nous examinerons de plus près les caractéristiques structurelles qui font la force et la faiblesse de notre modèle sanitaire.

Savoir réformer, c'est certes savoir améliorer des points faibles ; mais c'est aussi savoir capitaliser sur des spécificités essentielles. En France, cela implique notamment de s'appuyer sur un acteur qui a fait ses preuves et qui joue un rôle capital, au bénéfice de nos concitoyens : le secteur des complémentaires santé.





Partie I - Comparaison des performances des systèmes de santé au sein de l'OCDE

Il ne suffit pas de prendre soin de notre système de santé : il est aussi essentiel d'améliorer son fonctionnement et son efficacité. Pour cela, il convient avant tout de bien identifier les forces et faiblesses du système français, en comparant sa structure, son financement et ses performances avec ceux des autres pays de l'OCDE.

I) Typologie des systèmes de santé existants

1.1. Classement des pays selon la typologie d'Esping-Andersen

Éléments historiques sur le développement des systèmes de santé

La notion de *protection sociale* englobe tous les mécanismes de prévoyance et d'assurance collectifs qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des « risques sociaux » : maladie, invalidité, maternité, chômage, retraite (Vie Publique, 2018). Pour prévenir ces situations pouvant précariser un citoyen ou un ménage, la protection sociale est assurée par l'État. Cette relation entre l'État et les citoyens est le socle de l'État-providence, dont la vocation est de garantir un minimum de couverture sociale à chaque individu.

La notion d'*État-providence* recouvre la multitude des interventions de l'État dans la sphère sociale qui garantissent des conditions de vie décentes à l'ensemble de la population. La protection sociale se traduit par des prestations sociales en espèces ou en nature (remboursements) versées directement aux citoyens, ou des prestations de services sociaux en accès gratuit ou à prix réduit. Les logiques qui sous-tendent ces prestations sont de deux types :

- **La logique d'assistance**, qui a pour objectif de garantir un revenu minimal à tout citoyen. Elle repose sur le principe de solidarité et vise à lutter contre toute forme de pauvreté au sein de la société.
- **La logique d'assurance**, qui a pour but d'assurer les individus contre les grands risques de la vie susceptibles de provoquer une perte de revenus. Les prestations sont alors réservées aux cotisants.

Historiquement en France, c'est la logique d'assistance qui prime. Au début du XXe siècle, l'aide publique a remplacé progressivement le rôle charitable des églises, une assistance qui était initialement destinée aux personnes âgées, aux enfants et aux individus en incapacité de travailler. La protection sociale des travailleurs était assurée par une combinaison d'initiatives individuelles ou collectives privées, matérialisées par la création des mutuelles de salariés ou de l'assurance patronale.

Les premiers systèmes reposant sur une logique d'assurance sont apparus en Europe à la fin du XIXe siècle. Pensés pour couvrir financièrement les travailleurs contre les difficultés liées à la maladie, aux accidents du travail et à la vieillesse, ces systèmes ont commencé à remplacer – ou à compléter, dans certains pays – les systèmes traditionnels basés sur une logique d'assistance.

En Allemagne, l'État-providence ou État social (*Sozialstaat*¹) apparaît avec la mise en place par le chancelier Bismarck d'un système d'assurances sociales visant à lutter contre la propagation des idées socialistes au sein de la classe ouvrière (Valluy, 2019). Promouvoir le bien-être de tous les citoyens devient un nouvel objectif de l'État. La protection sociale des ouvriers se met en place progressivement avec l'instauration de l'assurance maladie en 1883, de l'assurance contre les accidents du travail en 1884 et de l'assurance vieillesse et invalidité en 1889. D'abord conçues pour les ouvriers, ces couvertures sociales sont progressivement devenues accessibles à d'autres catégories professionnelles. Initiée en Allemagne, cette conception de l'État-providence se propage en Europe et émerge en France avec l'apparition de la loi sur la réparation des accidents du travail en 1898. L'assurance protégeant des risques sociaux est quant à elle créée par la loi sur les assurances sociales de 1930.

Une autre conception de l'État-providence apparaît en 1942 au Royaume-Uni avec la publication par Lord Beveridge du rapport *Social Insurance and Allied Services*, dans lequel la notion d'un « État en charge du bien-être » (*Welfare State*) est développée. À rebours de la logique bismarckienne où seuls les travailleurs ou les plus démunis peuvent bénéficier des droits à la protection sociale, la logique beveridgienne est d'introduire une protection sociale universelle pour chaque citoyen, financée par l'impôt. Selon Beveridge, la vocation sociale de l'État est de mettre l'homme « à l'abri du besoin ». Ce système d'assurance repose sur les principes suivants :

- Uniformité : les prestations sociales sont égales pour tous les individus ;
- Unification : une seule cotisation est nécessaire pour accéder aux différents types de prestations (maladie, vieillesse, etc.) ;
- Généralisation : la couverture des besoins minimaux est garantie à chaque citoyen grâce à la solidarité nationale ;
- Centralisation : la gestion du système est confiée à un organisme public unique.

¹ Le terme *Sozialstaat* désigne les fonctions essentielles et minimales de la protection sociale. Cette expression est officiellement acceptée depuis plus d'un siècle dans la vie politique allemande.

Tableau 1. Distinction des systèmes bismarckien et beveridgien

Système	Logique	Principe	Financement
Beveridgien	Assistance	Solidarité nationale ; ouverte à tout individu ; sans référence à l'activité professionnelle pour justifier du bénéfice d'une protection sociale. Le droit à la protection sociale découle non de l'activité professionnelle mais de la citoyenneté.	Impôt
Bismarckien	Assurance	L'assurance sociale est adossée au travail salarié, fondant la protection sociale sur la solidarité professionnelle.	Cotisations sociales (pourcentage du revenu professionnel)

Ranger les systèmes d'assurance maladie européens en fonction de leur appartenance à la logique bismarckienne ou beveridgienne n'est pas évident. Chaque pays ayant connu des conditions de développement économique particulières, les réformes nationales des systèmes de santé ont fait naître une multitude de régimes spécifiques à chaque pays. Il est ainsi difficile de classer un pays dans l'une ou l'autre logique, car le plus souvent les systèmes combinent les caractéristiques des deux approches.

Une autre typologie existe, qui vise à classer les pays selon la présence et l'ampleur d'un élément d'État-Providence. Il s'agit de la typologie développée par l'économiste danois Gøsta Esping-Andersen. En se basant sur les critères de démarchandisation et d'ampleur de l'intervention publique, il différencie ainsi trois régimes d'État-Providence : le régime libéral, le régime conservateur-corporatiste et le régime social-démocrate.

- **Le régime libéral** repose sur la responsabilité individuelle universelle et sur un réseau d'assurances privées très développé. Ce régime prévaut en Australie, au Canada, en Suisse, au Japon, aux États-Unis, en Grande-Bretagne.
- **Le régime conservateur-corporatiste**, qui prévaut dans des pays comme l'Autriche, la Belgique, la France, l'Allemagne et l'Italie, propose des indemnités conditionnées à la durée et au montant des cotisations des actifs ainsi qu'à leur niveau de revenu.

- **Le régime social-démocrate**, quant à lui, se base sur un principe de redistribution et un fort égalitarisme. Il est la règle dans les pays scandinaves, en Finlande et aux Pays-Bas.

En combinant les critères de distinction des systèmes bismarckien et beveridgien et ceux du degré de démarchandisation d’Esping-Andersen, on peut ainsi définir quatre types de systèmes de santé.

Tableau 2. Classement des systèmes de santé selon la typologie bismarckien/beveridgien et d’Esping-Andersen

1	Modèles bismarckiens	France Allemagne
2	Modèles étatiques (beveridgiens)	Espagne Royaume-Uni
3	Modèles à dominante privée	États-Unis Suisse
4	Modèle avec une double articulation : <ul style="list-style-type: none"> o un « étage » obligatoire administré et géré avec une mise en concurrence des acteurs o un « étage » totalement libre 	Pays Bas

1.2. Définition du degré d’hybridation des systèmes selon le type de financement

Divers mécanismes de financement, généralement classés selon leur caractère obligatoire ou volontaire, couvrent le coût total des soins et des services de santé. Pour les plans de financement des dépenses de santé, on distingue quatre systèmes différents : régime public, assurance santé obligatoire, assurance volontaire et reste à charge (OCDE, 2019).

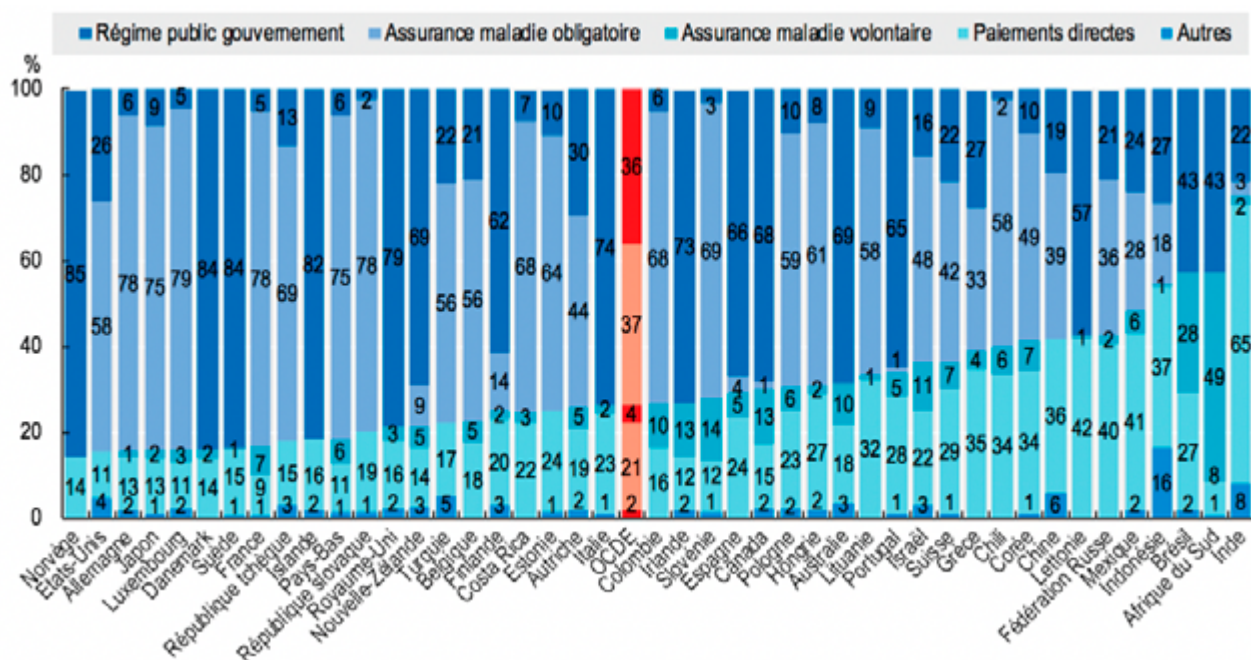
Les régimes de financement public, organisés au niveau national, régional ou par des groupes de population spécifiques, autorisent automatiquement les individus à bénéficier de soins et constituent le principal mécanisme par lequel les dépenses de santé sont couvertes dans un certain nombre de pays de l’OCDE. Le principal impératif est que les résidents soient inscrits à un **régime d’assurance santé obligatoire** (par le biais d’entités publiques ou privées) qui couvre

ensuite l'essentiel de leur consommation de soins de santé. Malgré la couverture quasi universelle des soins de santé dans de nombreux pays de l'OCDE, le **reste à charge** des ménages, sous forme de paiements autonomes ou dans le cadre de certains accords de co-paiement, reste un élément important du financement de la santé, mais son ampleur peut varier considérablement d'un pays à l'autre. Enfin, parmi les autres types de financement discrétionnaire des soins de santé, **l'assurance maladie volontaire**, sous différentes formes, peut jouer un rôle de financement important dans certains pays.

Les régimes publics et l'assurance santé obligatoire constituent le principal dispositif de financement dans tous les pays de l'OCDE. En moyenne, près des trois quarts des dépenses de santé dans l'OCDE sont couverts par ces régimes de financement obligatoires. En Norvège, au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni, les régimes des administrations centrales, régionales ou locales représentent plus de 80 % des dépenses de santé, les paiements directs représentant la majeure partie du solde. Les régimes d'assurance maladie obligatoire sont la principale source de financement des soins de santé en Allemagne, au Japon, en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas, puisqu'ils couvrent près des trois quarts de toutes les dépenses de santé. En revanche, alors que l'Allemagne et le Japon s'appuient sur un système d'assurance maladie sociale, la France complète la couverture de l'assurance santé obligatoire par un système de régimes privés d'assurance maladie (les « mutuelles »), devenus obligatoires sous certaines conditions d'emploi en 2016.

Le reste à charge constitue généralement la troisième source de financement la plus importante. En moyenne, les ménages ont financé directement plus d'un cinquième de toutes les dépenses de santé en 2017, mais avec des variations substantielles d'un pays à l'autre au sein de l'OCDE. La part du reste à charge atteint plus de 40 % en Lettonie (42 %) ou au Mexique (41 %) et dépasse 30 % en Chine, au Chili ou encore en Grèce. À l'opposé, le reste à charge ne représente que 9 % en France, un pourcentage parmi les plus bas au monde.

Figure 1. Dépenses de santé par type de financement, 2017 (ou année la plus proche) ²



Source : OCDE, 2019.³

Il existe une certaine hétérogénéité dans la structure de financement des systèmes de santé au sein de l'OCDE, ce qui permet de juger ces systèmes par une analyse fine, en comparant des situations très différentes.

Dans notre analyse nous distinguons les dépenses non-pilotables de santé (régime public et assurance de santé obligatoire), et les dépenses de santé pilotables (assurance volontaire et reste à charge).

² Le « régime public de gouvernement » correspond aux minima offerts par l'État ; l'« assurance maladie obligatoire » correspond à la Sécurité sociale et aux complémentaires d'entreprise (depuis la loi de sécurisation de l'emploi de 2013) ; l'« assurance maladie volontaire » correspond aux complémentaires contractées en dehors de l'entreprise ; et les « paiements directs » correspondent au reste à charge.

³ Des pays non-membres de l'OCDE ont été inclus dans le graphique pour étayer la comparaison

II) Comparaisons internationales

2.1. Classement de l'état de santé des citoyens de l'OCDE

L'OMS (2002) définit la santé publique comme « l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective. »

L'état de la santé est conditionné par des **déterminants** tels que : « l'accès au système de soins et aux professionnels de santé, les comportements en matière de santé, le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé⁴ ».

Traditionnellement, **les indicateurs d'état de santé** sont : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité évitable, la morbidité liée aux maladies chroniques et la santé autoévaluée par la population.

- **L'espérance de vie à la naissance** représente la durée de vie moyenne, autrement dit l'âge moyen lors du décès, d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année ; elle caractérise la mortalité indépendamment de l'âge (Insee, 2016). Les pays de notre panel ayant la plus faible espérance de vie sont la Lettonie (74,8 ans), le Mexique (75,4 ans) et la Lituanie (75,6 ans). Les pays avec l'espérance de vie la plus longue sont l'Italie (83 ans), l'Espagne (83,4 ans), la Suisse (83,6 ans) et le Japon (84,2 ans). L'espérance de vie en France est de 82,7 ans, un résultat au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, qui se situe autour de 80,7 ans⁵.
- **La mortalité évitable** est définie à partir d'une répartition en trois composantes : causes de décès liées aux comportements à risque, causes de décès liées au système de soins et autres causes de décès (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013). Elle est exprimée en nombre de décès qui auraient pu être évités ou traités pour 100 000 habitants. Les pays où cette mortalité est la plus

4 Définition de l'Agence de la santé publique du Canada, 2007.

5 Voir Annexe 1.

élevée sont la Lettonie (426 décès par 100 000 habitants), la Hongrie (388) et la Lituanie (385)⁶. Les pays avec la mortalité évitable la plus basse sont le Japon (138 décès évitables pour 100 000 habitants), Israël (134) et la Suisse (125). La France s'en sort plutôt bien avec 152 décès évitables pour 100 000 habitants.

- **La mortalité liée aux maladies chroniques** est celle causée par les infarctus, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, la dépression, le cancer, etc. Les pourcentages les plus élevés sont observables au Mexique (13,1 % des adultes), en Turquie (12,1 %) et aux États-Unis (10,8 %). Les pays où le taux de diabète est le plus faible sont l'Estonie, la Lituanie et l'Irlande (moins de 4 %). La France figure parmi les pays avec une faible prévalence du diabète (4,8 %) et se positionne sous la moyenne OCDE (6,4 %)⁷.

- **La santé autoévaluée** est un indicateur mesurant la perception de son état de santé par la population et s'exprime en pourcentage de la population se sentant en mauvaise santé. En Corée, en Lituanie, en Lettonie et au Portugal plus de 15 % de la population de 15 ans et plus se jugent en mauvaise santé. Cet indicateur est le plus bas en Nouvelle Zélande (2,3 %), aux États-Unis (2,6 %) et au Canada (3,2 %)⁸. La France, avec 8,3 %, affiche un résultat proche de la moyenne OCDE (8,7 %).

L'état de santé est également influencé par l'ensemble des **risques**, dont plusieurs sont d'un caractère externe. Les modes de vie malsains – notamment le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité – sont à l'origine de nombreuses maladies chroniques, qui provoquent des décès prématurés et dégradent la qualité de vie. La pollution de l'air est également un facteur de risque important, pris en compte dans les travaux de l'OCDE.

- Le Mexique et l'Islande sont les pays les moins exposés au **tabagisme**, avec respectivement 7,6 % et 8,6 % de fumeurs quotidiens parmi les 15 ans et plus. La France figure en revanche parmi les pays les plus consommateurs de tabac : le taux de fumeurs quotidiens y est de 24,5 %, un résultat très supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (18 %) qui traduit un échec des politiques de prévention et d'accompagnement en la matière⁹.

6 Voir Annexe 2.

7 Voir Annexe 3.

8 Voir Annexe 4.

9 Voir Annexe 5.

- **La consommation d'alcool** atteint en moyenne 9 litres d'alcool pur par personne et par an dans la zone OCDE, soit l'équivalent de presque 100 bouteilles de vin. Près de 4 % des adultes sont dépendants à l'alcool. La France se situe parmi les trois pays où l'on consomme le plus d'alcool avec 11,7 litres par personne¹⁰. La consommation la plus faible s'observe en Turquie (1,4 litre) et en Israël (2,6 litres).
- En ce qui concerne **l'obésité**, les pays où les problèmes de surpoids sont les plus répandus sont le Chili, le Mexique et les États-Unis : près de 70 % de leur population ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25%¹¹. En France, ce chiffre est de 49 %, un résultat en-dessous de la moyenne OCDE : « *Les taux d'obésité continuent d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE, 56 % des adultes étant en surpoids ou obèses et près d'un tiers des enfants âgés de 5 à 9 ans étant en surpoids.* » (OCDE 2019)
- Le risque lié à la **pollution de l'air** s'exprime en nombre de décès annuel attribuable à ce facteur par tranche de 100 000 personnes. Plus de 80 personnes pour 100 000 habitants meurent ainsi chaque année à cause de la pollution de l'air en Lettonie, en Hongrie et en Lituanie. Le risque est bien moindre en Nouvelle Zélande et au Canada. Quant à la France, elle se place dans la moyenne basse : 25 personnes contre 39 au niveau de l'OCDE¹².

La prévention a une grande importance pour la gestion de la santé publique : les trois premiers facteurs de risques peuvent être sensiblement diminués par la prévention et par un travail de sensibilisation auprès de la population, dès le plus jeune âge. Ainsi, le développement de mécanismes de prévention est essentiel. En revanche, si la pollution de l'air est un facteur indiscutablement négatif, les capacités d'action des acteurs publics du système de santé restent limitées à court terme.

10 Voir Annexe 6.

11 Voir Annexe 7.

12 Voir Annexe 8.

2.2. Comparaison des performances des systèmes de santé de l'OCDE

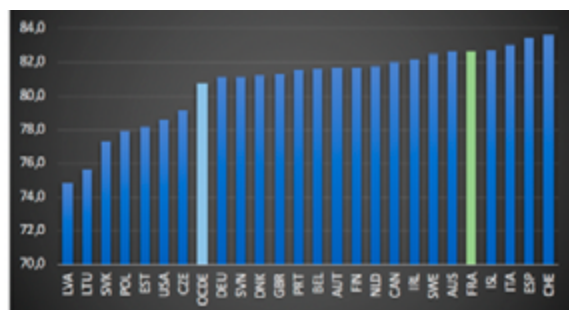
Comparons maintenant les performances de vingt-cinq pays aux systèmes de santé variés¹³, à travers plusieurs indicateurs composites. Ces indicateurs réunissent des données agrégées, regroupées par thématiques.

Indicateur composite numéro 1 : Qualité du système¹⁴

Les indicateurs retenus pour créer cet indicateur composite sont les suivants¹⁵ :

- **Espérance de vie à la naissance** : un indicateur phare car l'espérance de vie est conditionnée par la qualité des soins médicaux et influencée par le style de vie, qui permet de juger globalement de l'espérance de vie des habitants.

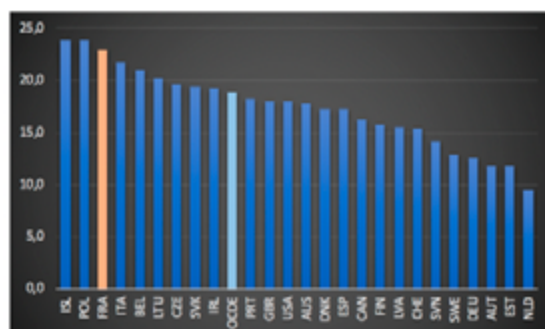
Figure 2. Espérance de vie à la naissance, en années, 2017



Source : OCDE 2019¹⁶

- **Consommation d'antibiotiques à usage systémique** (dose quotidienne pour 1 000 habitants). Cet indicateur permet de juger de la prudence des prescriptions : plus on prescrit d'antibiotiques, moins les soins primaires hors antibiotiques sont efficaces, la prescription des antibiotiques étant une décision nécessaire en cas d'aggravation de certaines maladies.

Figure 3. Consommation d'antibiotiques à usage systémique, dose quotidienne pour 1 000 habitants par jour, 2017



Source : OCDE 2019.

13 Les pays inclus dans l'analyse sont : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse.

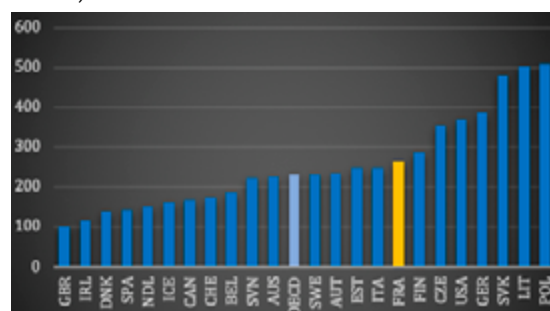
14 Dans ce groupe d'indicateurs, plusieurs dimensions essentielles pour les patients devraient également être incluses. Toutefois, il est assez rare que les composantes du système interrogent les patients sur les résultats de leur prise en charge et sur leur vécu du parcours curatif.

15 Voir Annexe 9 pour la méthodologie.

16 Le glossaire des pays se trouve en annexe 10.

- **Nombre d'admissions à l'hôpital pour crise cardiaque** (pour 100 000 habitants). Ce chiffre permet de juger de la santé cardiaque d'une population. Plus le résultat sera élevé, plus on pourra juger que la politique de prévention inhérente est inefficace.

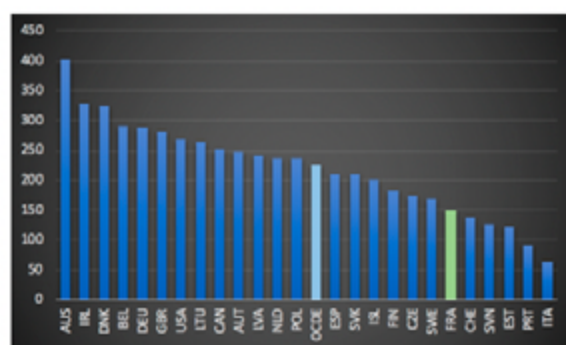
Figure 4. Nombre d'admissions à l'hôpital pour crise cardiaque, pour 100 000 habitants, 2017



Source : OCDE 2019.

- **Admissions évitables : asthme/MPOC¹⁷** (pour 100 000 personnes). Cet indicateur permet d'évaluer les soins primaires efficaces. Plus le nombre des admissions évitables est grand, plus la qualité des soins primaires (qui ont vocation à empêcher l'aggravation d'une maladie jusqu'à la nécessité d'admission à l'hôpital) est faible.

Figure 5. Admissions évitables : asthme/MPOC, pour 100 000 personnes*, 2017

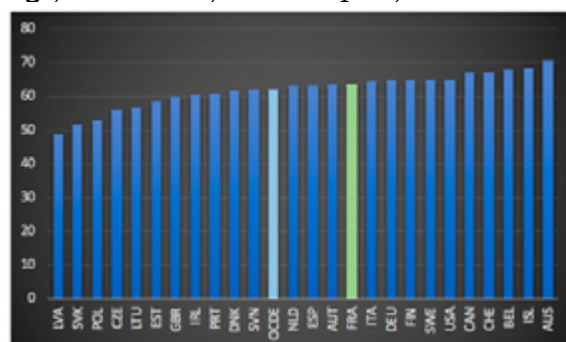


* normalisées selon l'âge et le sexe

Source : OCDE 2019.

- **Survie nette à 5 ans d'un cancer du côlon.** Cet indicateur permet d'évaluer la qualité des soins liés au cancer. Le cancer colorectal figure parmi les plus fréquents chez les deux sexes : il est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, après ceux de la prostate et du poumon (11,2 % des nouveaux cas de cancers masculins) et le deuxième plus fréquent chez la femme après le cancer du sein (11,3 % des nouveaux cas de cancers féminins)¹⁸.

Figure 6. Survie nette à 5 ans d'un cancer du côlon, taux de survie standardisé par âge, total H et F, 15 ans et plus, 2010-2014



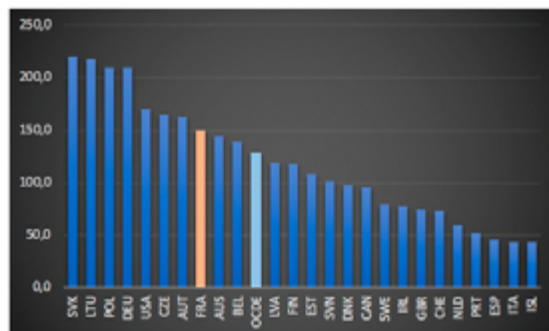
Source : OCDE 2019.

17 Maladie pulmonaire obstructive chronique.

18 <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>

- **Admissions évitables à l'hôpital pour diabète** (taux standardisé par âge et sexe pour 100 000 habitants). Cet indicateur permet de juger la qualité des soins pour le traitement des maladies chroniques, dont le diabète est une des plus fréquentes.

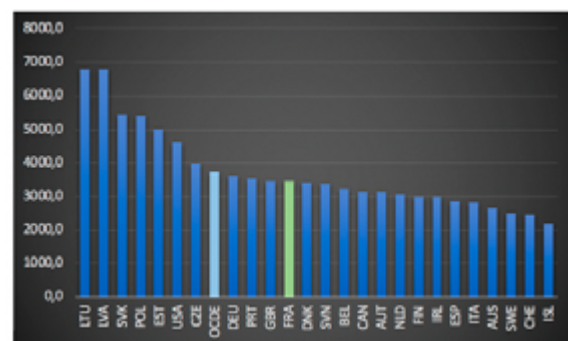
Figure 7. Admissions évitables à l'hôpital pour diabète (taux standardisé par âge et sexe pour 100 000 habitants)



Source : OCDE 2019.

- **Années potentielles de vie perdues** ou APVP (toutes les causes de décès pour 100 000 habitants, hors causes externes¹⁹). Il s'agit ici d'un indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui permet d'estimer les décès qui surviennent de façon précoce et pourraient être évités (OCDE, 2019). Le calcul des APVP s'effectue en additionnant le nombre de décès aux différents âges et en les multipliant par le nombre d'années restant à vivre jusqu'à 75 ans. Cet indicateur est utile dans un contexte global de pilotage et de suivi des politiques et des actions de santé publique.

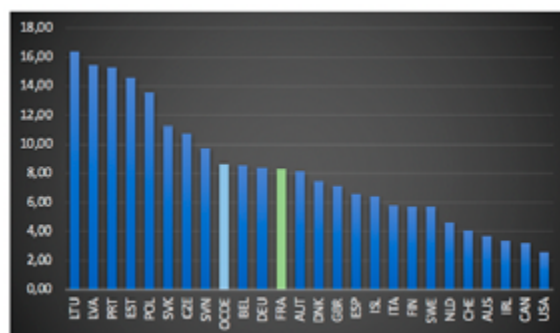
Figure 8. Années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants (différence entre âge du décès et 75 ans) en 2016



Source : OCDE 2019.

- **Population en mauvaise santé** (en pourcentage des 15 ans et plus). Ce dernier indicateur est basé sur une autoévaluation de la santé par les citoyens. Il permet de mesurer le jugement subjectif porté par les citoyens sur leur état de santé et sur la qualité des soins reçus.

Figure 9. Population en mauvaise santé, (% de la population âgée de 15 ans et plus)



Source : OCDE 2019.

¹⁹ Dont accidents de transports, chutes accidentelles, intoxications accidentelles, lésions auto-infligées, agressions.

Encadré 1. Espérance de vie versus espérance de vie en bonne santé

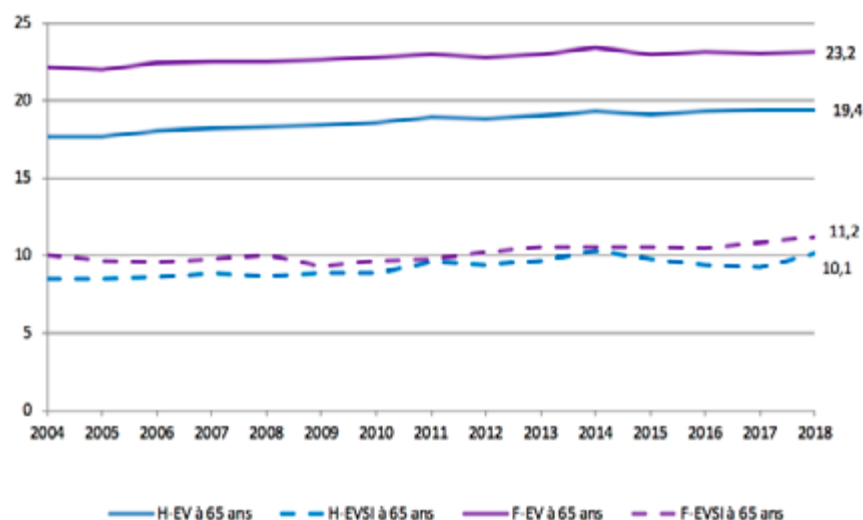
En moyenne, une personne née aujourd'hui dans un pays de l'OCDE peut espérer vivre près de 81 ans. Toutefois, presque une personne sur dix se considère en mauvaise santé (ce chiffre est de 8,3 % de la population en France).

Pour prendre en compte cette réalité, on utilise donc un indicateur alternatif nommé « espérance de vie en bonne santé » ou « espérance de vie sans incapacité ».

En France, selon la DREES, la différence entre l'espérance de vie sans incapacité des femmes (64,5 ans) et des hommes (63,4 ans) est très faible, alors que l'indicateur de l'espérance de vie à la naissance s'établit lui à 85,3 ans et 79,4 ans respectivement. Ces données, souvent répétées dans le débat public par les opposants à la réforme des retraites, sont toutefois contredites par l'INSEE.

Pour l'institut de statistiques, à 65 ans, une femme peut espérer vivre 23,2 ans mais le nombre moyen d'années qu'il lui reste à vivre en bonne santé est de 11,2 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans s'élève à 19,4 ans tandis que leur espérance de vie sans incapacité est de 10,1 ans. On observe donc que l'espérance de vie en bonne santé se situe plutôt à 76,2 ans pour une femme et à 75,1 ans pour les hommes.

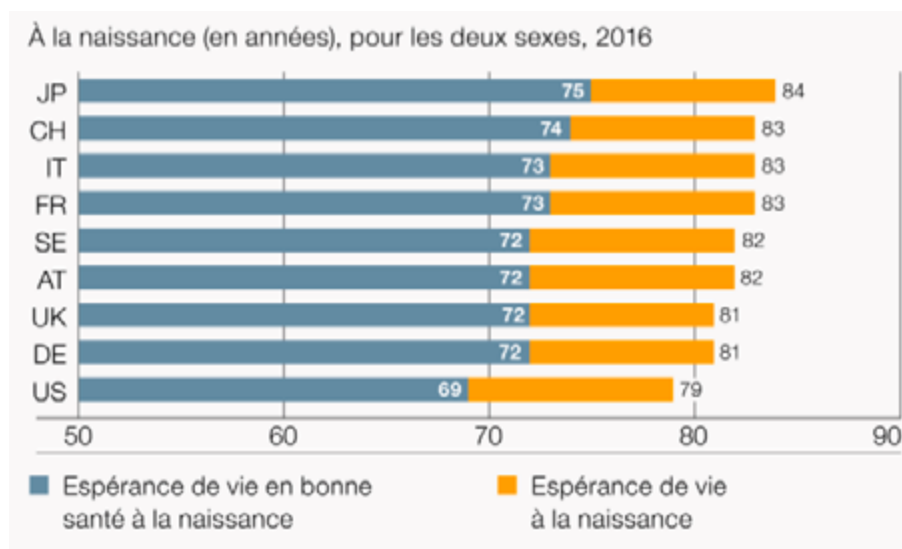
Figure 10. Évolution de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans entre 2004 et 2018, par sexe, en France



Source : Insee, Statistiques d'état civil et données issues de l'enquête SILC (Statistiques sur les revenus et les conditions de vie).

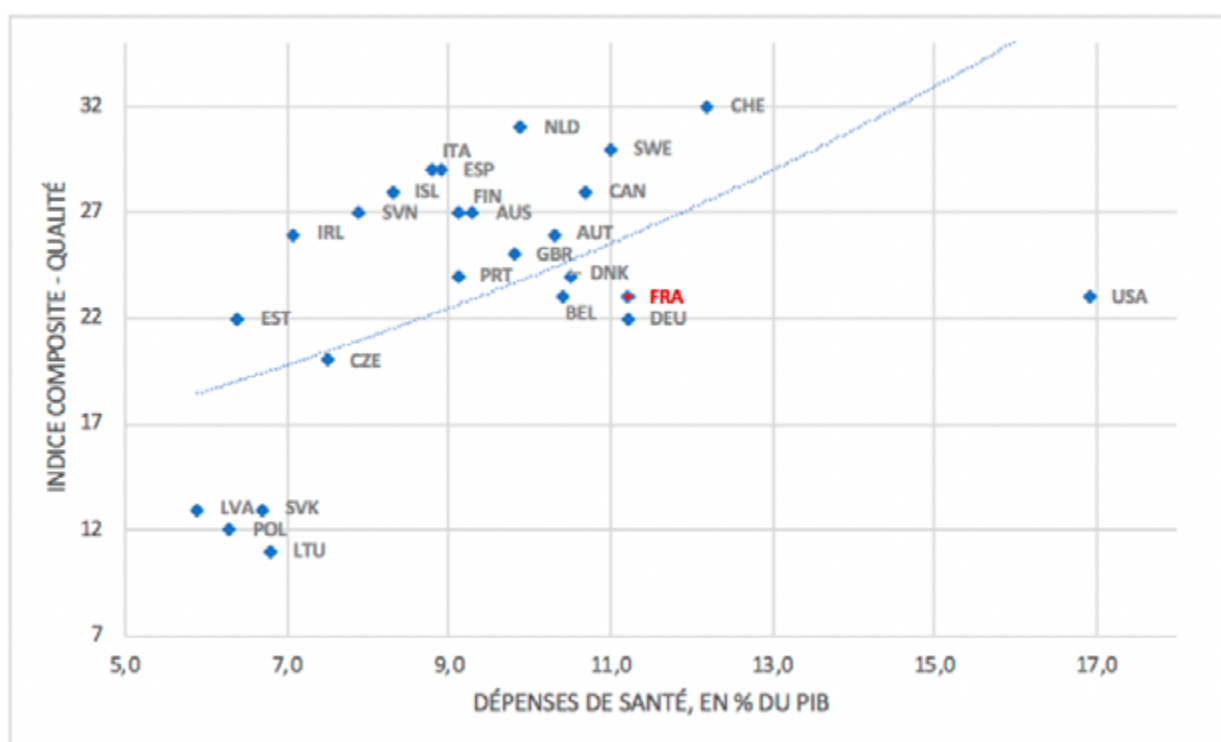
Au niveau international, l'écart entre l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé ne dépasse pas 10 ans et reste similaire pour tous les pays étudiés (Figure 11).

Figure 11. Années de vie en bonne santé et espérance de vie



Source : Global Health Observatory Data Repository, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

Figure 12. Qualité du système : présentation des performances selon les dépenses totales de santé, en % du PIB

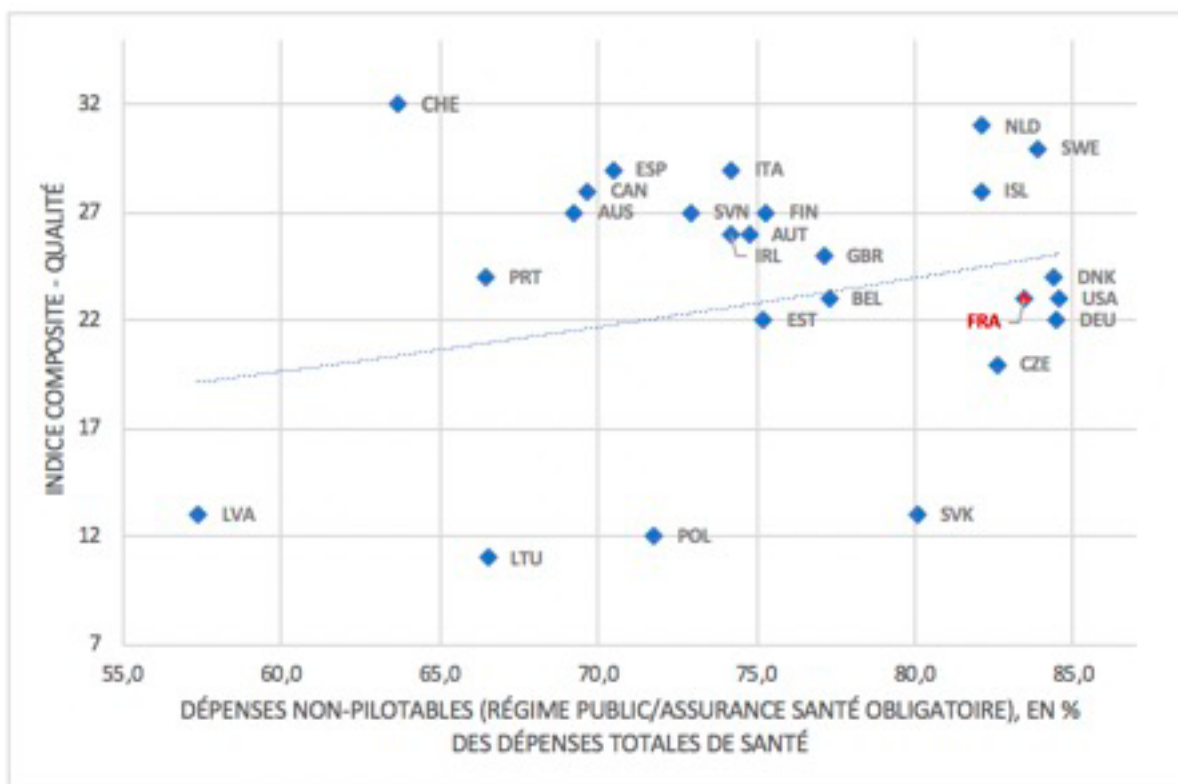


Cette matrice nous permet d'observer dans quelle mesure la qualité des soins dépend des sommes allouées aux systèmes de santé.

Nous remarquons qu'il existe une corrélation positive entre le montant des dépenses et la qualité des soins de santé. Cependant, on observe une distribution hétérogène des différents pays à niveau de dépense semblable. Le critère d'augmentation des dépenses publiques allouées au système de santé ne permet donc pas, à lui seul, de juger de la performance globale d'un système de santé.

Parmi les pays où le niveau de dépense est relativement faible par rapport aux bonnes performances du système, on compte notamment l'Italie, l'Islande ou l'Espagne. La France se trouve parmi les pays qui dépensent le plus dans leur système de santé en pourcentage de leur PIB (derrière les États-Unis et à un niveau similaire à celui de l'Allemagne), pour un indice de qualité assez décevant.

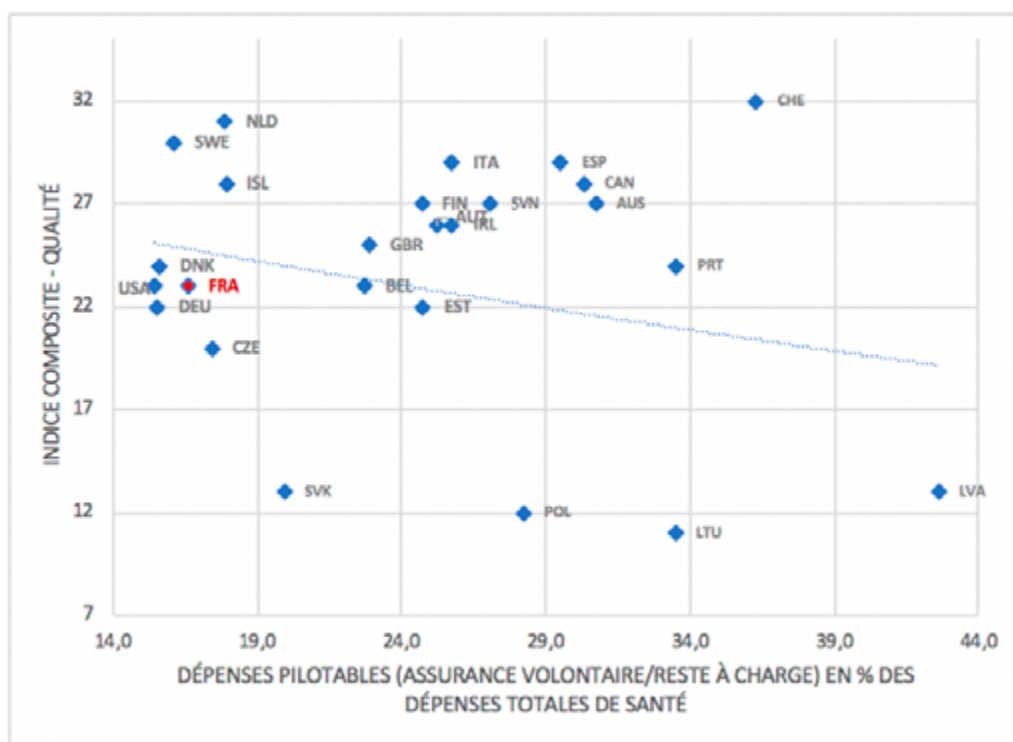
Figure 13. Qualité du système : présentation des performances selon le financement des dépenses non-pilotables (régime public/assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé



La ventilation pour les dépenses non-pilotables (régime public et assurance santé obligatoire) et les dépenses pilotables (assurance volontaire et reste à charge) permet d'estimer le rôle de ces piliers dans la performance d'un système.

Nous observons qu'il existe une corrélation positive mais relativement peu significative, la pente de la courbe étant relativement faible. Ainsi l'augmentation des dépenses non-pilotables n'explique qu'en partie la performance selon notre critère de qualité. La France fait partie du panel de pays où le niveau des dépenses non-pilotables est le plus élevé, et affiche une performance élevée du système. Toutefois, pour le même niveau de dépenses non-pilotables, l'Islande, la Suède et les Pays-Bas affichent des performances plus élevées que les nôtres.

Figure 14. Qualité du système : présentation des performances selon le financement des dépenses pilotables (assurance volontaire/reste à charge), en % des dépenses totales de santé



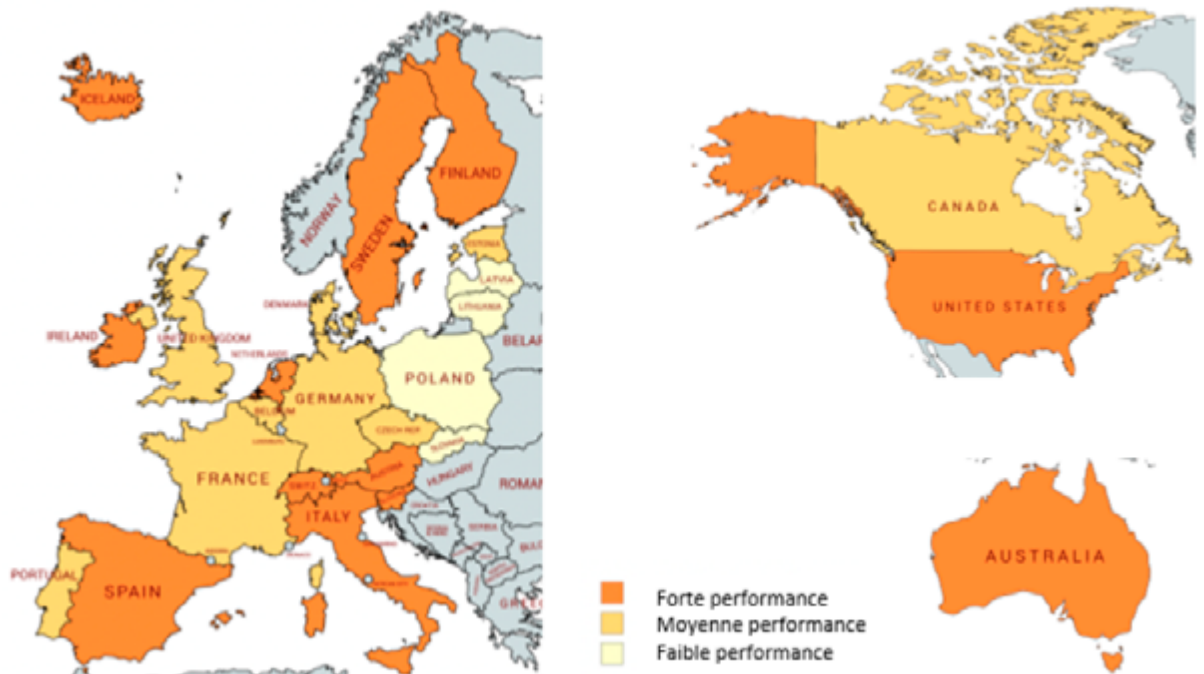
Cet indicateur nous permet d'évaluer si l'introduction des piliers d'assurance volontaire et d'augmentation des paiements directs des ménages influence directement la qualité des soins ou non.

Nous observons qu'il existe une corrélation légèrement négative entre ces deux indicateurs, ce qui signifie que plus la part des dépenses pilotables augmente (assurance volontaire et reste à charge), plus la qualité du système se détériore.

Moins les individus sont couverts de manière obligatoire, moins le système semble efficace. On observe ainsi que pour un niveau modéré de dépenses pilotables (France, Allemagne, États-Unis, Danemark), les performances du système sont assez élevées. Un tel résultat appuie l'idée que la couverture obligatoire de santé doit être la plus large possible. Cela n'implique toutefois pas que cette couverture doive être exclusivement du ressort du secteur public car, selon les pays, la nature de la couverture obligatoire peut être publique ou privé, et assurée par des acteurs à but lucratif ou non lucratif.

Carte des performances

Carte 1. Présentation des performances selon le critère de qualité



La carte 1 présente notre classement des indicateurs liés à la qualité. Elle agrège ainsi les résultats des figures 12, 13 et 14.

Encadré 2. Inégalités de recours aux soins entre les hommes et les femmes

En calculant les moyennes de recours à certains soins pour les pays de l'OCDE, on observe de grandes différences entre hommes et femmes pour certaines maladies. Ainsi, les hommes sont sur-représentés parmi les malades traités pour insuffisance cardiaque et diabète tandis que les femmes sont majoritaires dans les admissions à l'hôpital pour asthme (Figure 15).

Figure 15. Différences hommes / femmes dans le recours à certains soins

	Moyenne des pays de l'OCDE	
	Hommes	Femmes
Admission à l'hôpital pour asthme ²⁰	28,0	54,1
Admission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque ²¹	281,5	190,5
Admission à l'hôpital pour diabète ²¹	149,4	109,1
Tumeurs malignes du poumon ²¹	42,0	18,8
Proportion des fumeurs quotidiens chez les 15 ans et plus (en %)	22,5	13,9

Source des données : OCDE, 2019.

Les tumeurs malignes du poumon sont plus souvent diagnostiquées chez les hommes que chez les femmes (en moyenne 42 incidences pour 100 000 habitants chez les hommes contre 18,8 chez les femmes). Une des explications de cette disparité est le fait que le pourcentage des hommes fumant quotidiennement est beaucoup plus élevé que celui des femmes (22,5 % contre 13,9 %). Dans le cadre du développement de politiques de prévention se voulant plus efficaces, cette disparité entre sexes est une donnée à prendre en compte.

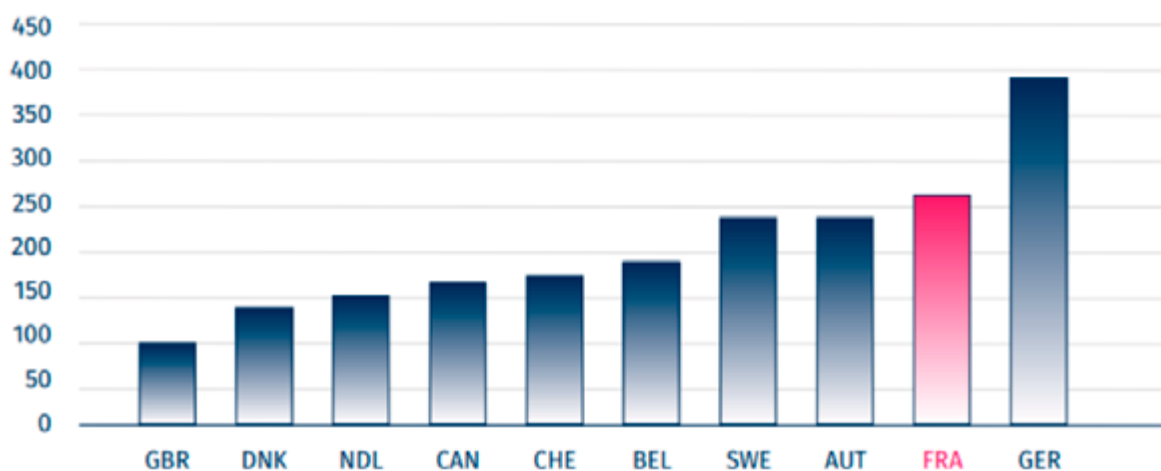
²⁰ Taux standardisé par âge et pour 100 000 habitants, indicateur de l'OCDE.

²¹ Incidence pour 100 000 habitants, indicateur de l'OCDE.

Gros plan 1. Niveau élevé d'admissions pour insuffisance cardiaque

Les pays retenus sont ceux qui dépensent en moyenne autant que la France dans leur système de santé : Allemagne, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, France, Royaume- Uni, Pays-Bas, Suède, Suisse.

Admissions à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive



Source des données : OCDE, 2020.
Données pour 100 000 habitants

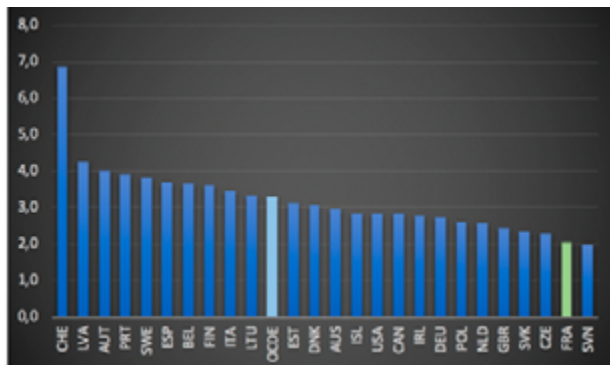
Le nombre d'admissions pour insuffisance cardiaque congestive est assez important en France. Les soins primaires en la matière sont relativement peu efficaces et constituent donc un point d'amélioration de notre système.

Indicateur composite numéro 2 : Accessibilité financière

Après avoir jugé de la qualité du système, il est nécessaire de mesurer et de comparer l'accessibilité financière des différents systèmes de soins, à travers un nouvel indicateur composite.

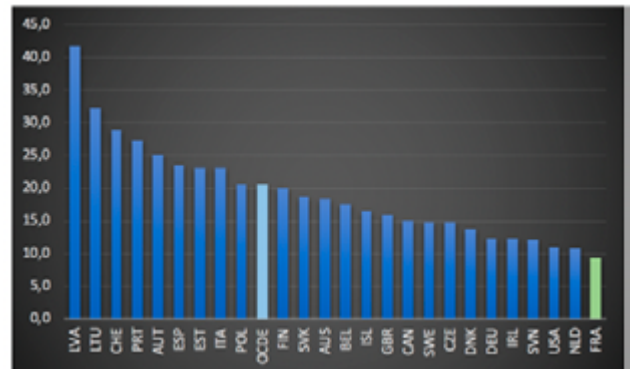
- **Dépenses personnelles directes en pourcentage de la consommation finale des ménages.** Cet indicateur permet de juger le poids du reste à charge dans le budget des ménages. En France, le reste à charge ne pèse que 2 % dans la consommation des ménages, soit le niveau le plus faible du panel derrière la Slovaquie.
- **Dépenses personnelles directes consacrées aux dépenses courantes de santé.** Cet indicateur quantifie la part assumée directement par les ménages dans le financement globale des dépenses de santé. La France arrive en tête des pays où le reste à charge est le plus bas en pourcentage des dépenses totales de santé : 9,4 % contre 20 % en moyenne dans la zone OCDE et jusqu'à plus de 30 % en Lettonie et en Lituanie.

Figure 16. Dépenses personnelles directes en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2017



Source : OCDE 2019.

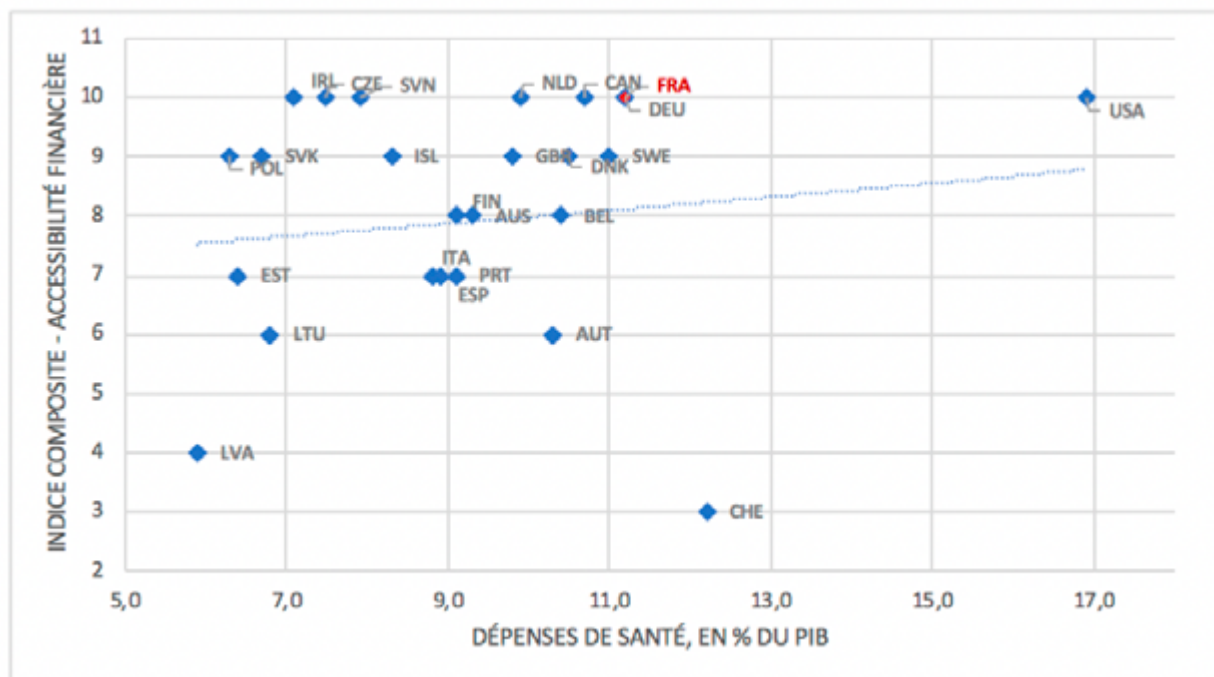
Figure 17. Dépenses personnelles directes consacrées aux dépenses courantes de santé, 2018



Source : OCDE 2019.

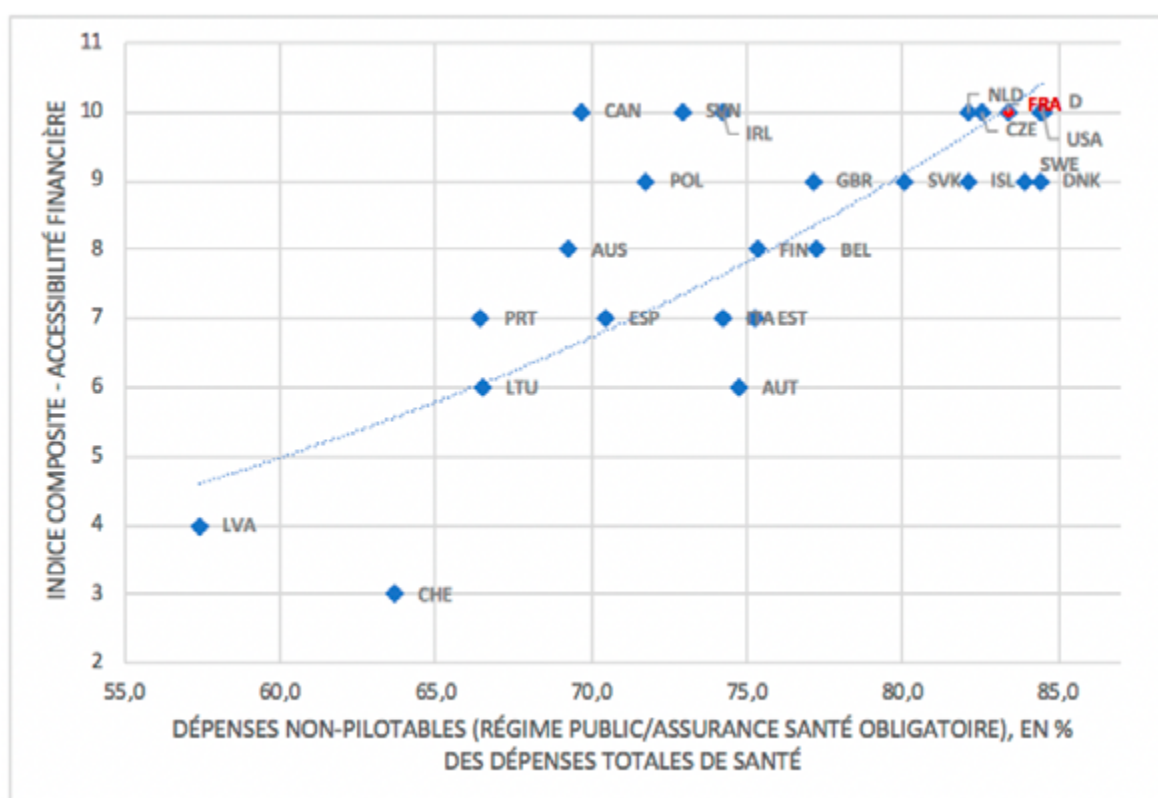
Il faut noter que le niveau des dépenses directes a un impact direct sur le recours au soin : « Les préoccupations liées au coût font que les individus retardent le moment de consulter ou ne cherchent pas à se soigner, les moins aisés étant trois fois plus susceptibles que les plus aisés de faire état de besoins non satisfaits pour des raisons financières. » (OCDE 2019)

Figure 18. Accessibilité financière : présentation des performances selon les dépenses totales de santé, en % du PIB



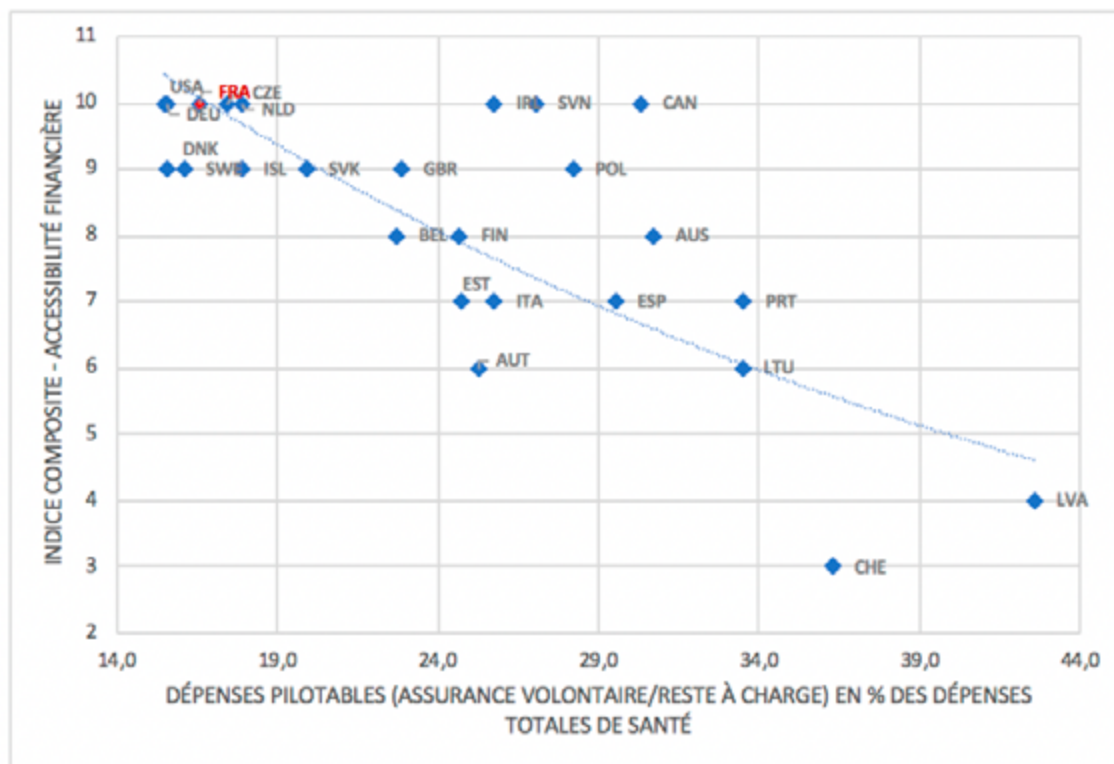
On observe une corrélation positive mais faible entre l'accessibilité financière et le niveau des dépenses de santé en pourcentage du PIB. Ainsi, pour un groupe de pays réunissant France, Allemagne et Canada, un niveau élevé de dépenses de santé se traduit par une performance plus élevée. Plus l'État alloue une part importante de ses dépenses publiques au secteur de la santé, plus il rend accessible les soins à la population.

Figure 19. Accessibilité financière : présentation des performances selon le financement des dépenses non-pilotables (régime public / assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé



L'augmentation des dépenses non-pilotables réduit le reste à charge et par conséquent entraîne une plus grande accessibilité financière. La France figure parmi les pays où la part des dépenses non-pilotables et l'accessibilité financière sont les plus élevées.

Figure 20. Accessibilité financière : présentation des performances selon le financement des dépenses pilotables (assurance volontaire/reste à charge), en % des dépenses totales de santé

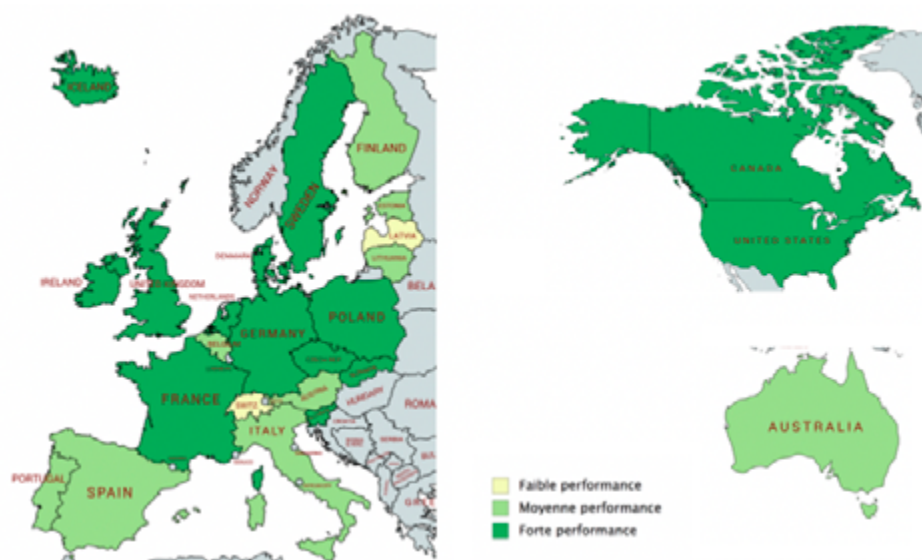


Plus les dépenses de l'assurance volontaire et les paiements directs sont élevés, moins le niveau de performance est élevé. Par conséquent, plus la part des soins pris en charge par la solidarité nationale ou par les mécanismes obligatoires d'assurance est faible, et moins la santé est accessible aux citoyens. Pour des pays comme la France, l'Allemagne, les États-Unis²² ou les Pays-Bas, le faible niveau des dépenses pilotables se traduit par une performance élevée selon notre critère d'accessibilité financière.

Carte des performances

²² Note des auteurs : la bonne performance des États-Unis en termes d'accessibilité financière peut surprendre. Elle s'explique cependant simplement par le fait que leur reste à charge reste assez faible par rapport à leur CSBM. Si les prix sont très élevés pour les patients, les dépenses publiques sont également considérables.

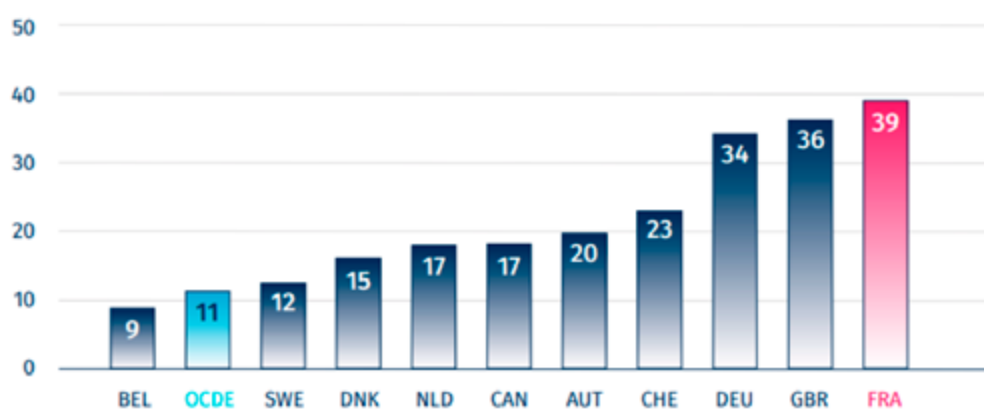
Carte 2. Présentation des performances selon le critère d'accessibilité financière



La carte 2 présente notre classement des indicateurs liés à l'accessibilité financière des différents systèmes. Elle agrège ainsi les résultats des figures 18, 19 et 20.

Gros plan 2. Accessibilité financière : reste à charge élevé pour les soins de longue durée

Dépenses en soins de longue durée, en % du reste à charge



Source : OCDE 2020.

À l'intérieur de notre critère d'accessibilité financière, nous observons que la France se différencie singulièrement des autres pays par un reste à charge globalement très faible, mais très élevé pour les soins de longue durée²³. **Cette caractéristique de notre système reste un point à améliorer.**

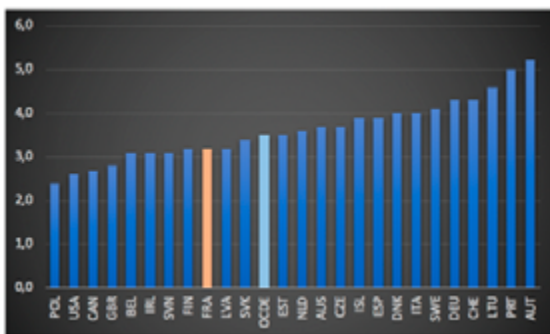
23 Selon la définition établie en 1986 par l'Institut de médecine de Washington D.C., les soins de longue durée sont « les divers services sociaux et de santé fournis à des individus qui ont besoin d'une aide continue en raison d'une incapacité physique ou mentale. Les services peuvent être dispensés dans une institution, à la maison ou dans un centre communal. »

Indicateur composite numéro 3 : Accessibilité géographique

Pour cette comparaison nous avons construit notre propre indicateur, afin de juger de la facilité ou non qu'ont les patients à rencontrer un médecin ou un personnel de soin.

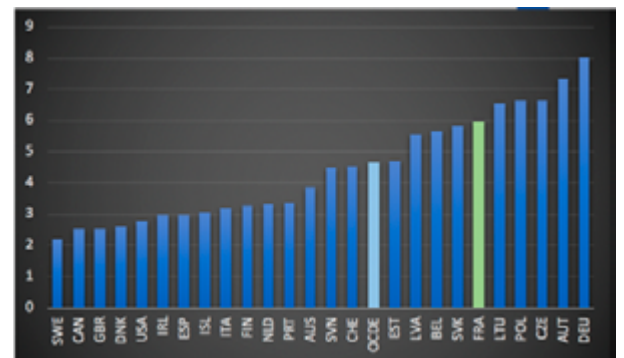
- **Médecins en exercice pour 1 000 habitants.** Cet indicateur permet de juger de l'accessibilité directe aux soins primaires. En France, la densité est légèrement inférieure à la moyenne observée au sein de la zone OCDE (3,2 médecins pour 1 000 habitants contre 3,5 en moyenne).
- **Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants.** La France dispose d'une densité plus élevée (10,5) que l'ensemble des pays de l'OCDE (8,8), mais sensiblement inférieure à la densité observée en Suisse (17,2) ou encore en Islande (14,5).
- **Nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants.** Avec 6 lits pour 1 000 habitants, la France se classe parmi les pays les plus performants sur cet indicateur. La tête de ce classement est occupée par l'Allemagne avec un ratio de 8 lits pour 1 000 habitants.
- **Équipement en tomodensitomètres et appareils d'IRM par million d'habitants.** On compte 31,6 appareils par million d'habitants en France, un niveau assez faible par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE (43,5).

Figure 21. Densité de médecins (généralistes et spécialistes) en exercice pour 1 000 habitants (effectifs employés), 2018



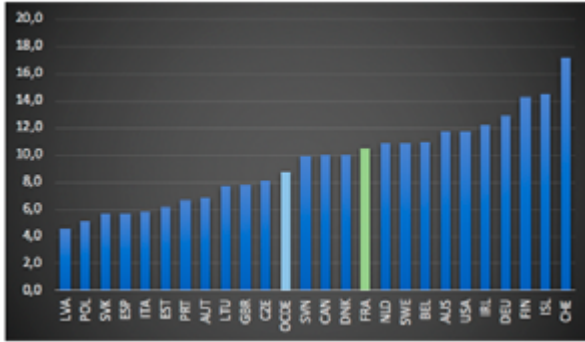
Source : OCDE 2019.

Figure 22. Nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants, 2017



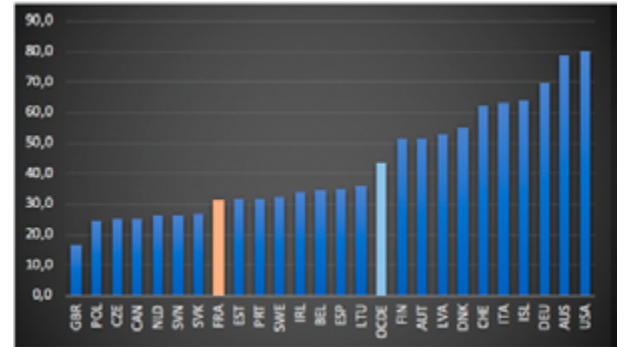
Source : OCDE 2019.

Figure 23. Densité du personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants (effectifs employés), 2018



Source : OCDE 2019.

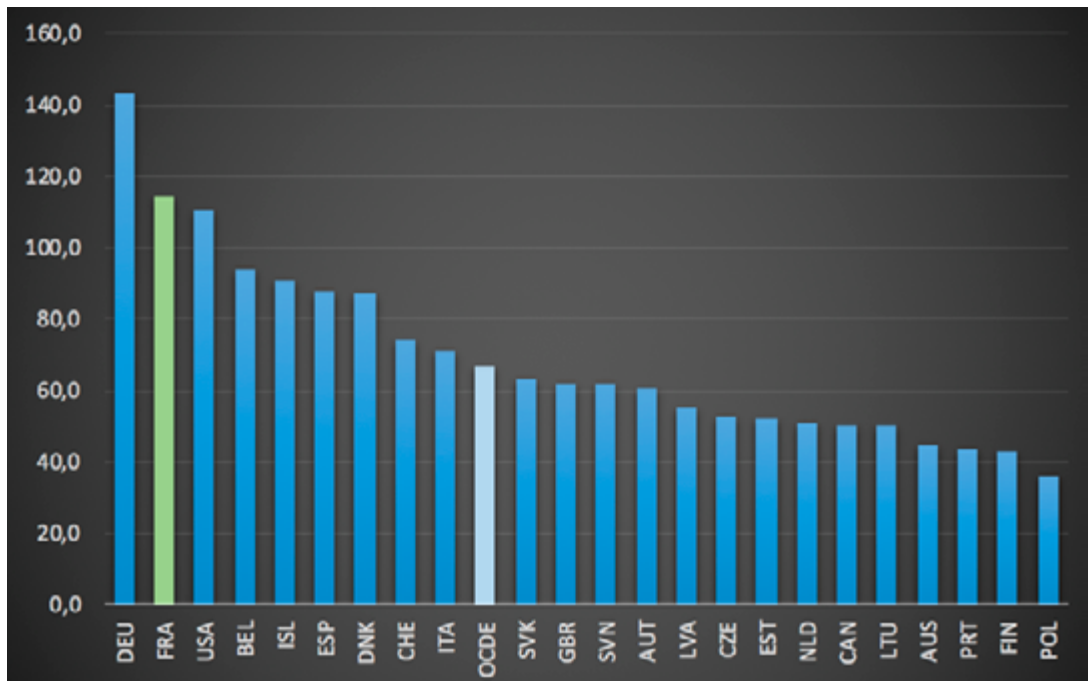
Figure 24. Nombre de tomodensitomètres et appareils d'IRM, par million d'habitants, 2017



Source : OCDE 2019.

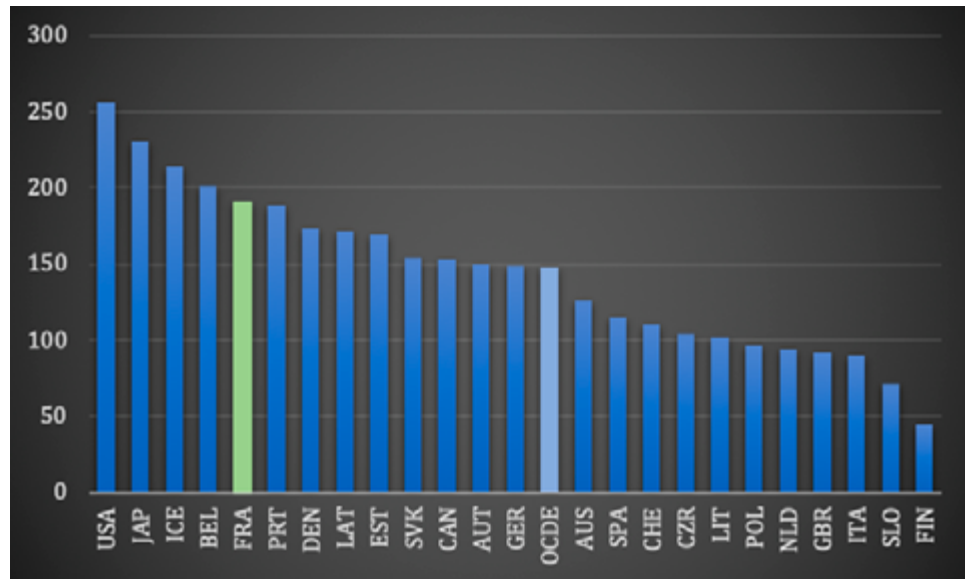
Il est intéressant d'observer que si la France dispose de moins d'IRM et de tomodensitomètres par habitant que la zone OCDE prise dans son ensemble (Figure 24), le nombre d'examen pratiqués en France est largement supérieur à la moyenne OCDE (Figures 25 et 25bis). Ces chiffres suggèrent une utilisation optimisée de ces outils, qui mérite d'être soulignée.

Figure 25. Examens IRM, 2017 (ou année la plus proche)



Source : OCDE 2019.

Figure 25 bis. Examens de tomodensitométrie, 2017 (ou année la plus proche)



Encadré 3. Densité de médecins (généralistes/spécialistes)

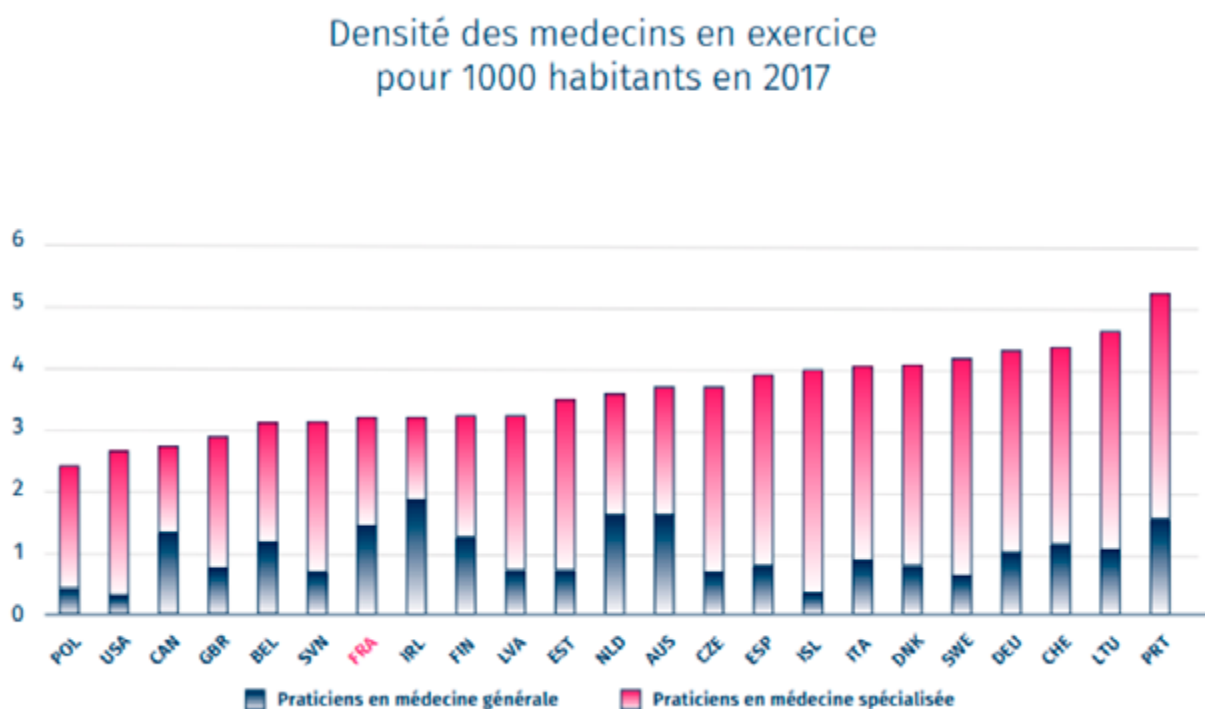
La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à la population d'un territoire donné (Insee, 2019). La densité de médecins est un des indicateurs permettant de juger de l'accessibilité des soins pour la population. Les pays où la densité médicale est la plus élevée sont l'Autriche (5,18), la Lituanie (4,56) et la Suisse (4,6). La France se place dans le bas du classement avec une densité totale de 3,16 médecins pour 10 000 habitants²⁴.

Deux catégories principales sont sélectionnées pour présenter la ventilation de la densité des médecins : praticiens en médecine générale et praticiens en médecine spécialisée (pédiatres généraux, obstétriciens et gynécologues, psychiatres, groupes médicaux de spécialistes, groupes chirurgicaux de spécialistes, autres spécialistes non classés ailleurs).

On observe que la distribution des praticiens entre médecine générale et médecine spécialisée est très variable selon les différents pays étudiés. En général, il y a plus de praticiens en médecine générale qu'en médecine spécialisée dans tous les pays, l'Irlande constituant une exception avec une densité de spécialistes supérieure (1,86 contre 1,32 pour les praticiens en médecine générale). Aux États-Unis, en Pologne et en Islande, la densité des spécialistes est très basse par rapport à la densité des praticiens en médecine générale. En France, les deux densités sont assez proches (1,74 en médecine générale et 1,42 en médecine spécialisée).

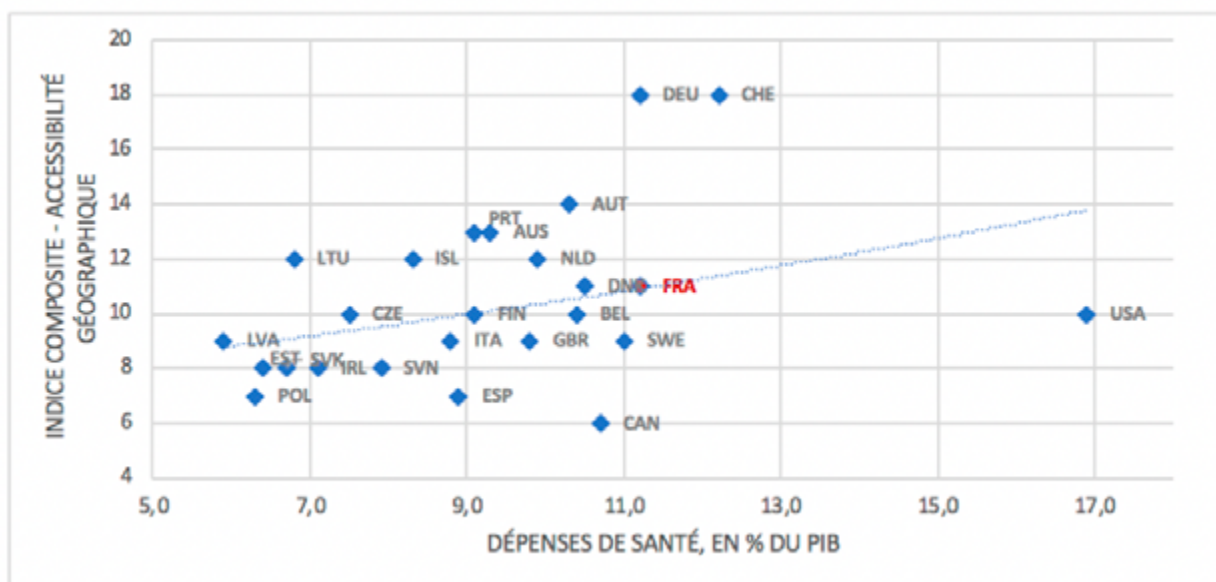
²⁴ La définition de la catégorie « médecin » peut changer selon les pays et donc influencer leur classement. Un plus grand nombre de médecins peut parfois résulter de l'inclusion dans cette catégorie d'autres professions, comme les infirmières dotées de compétences spécifiques.

Figure 26. Densité totale des médecins et sa ventilation



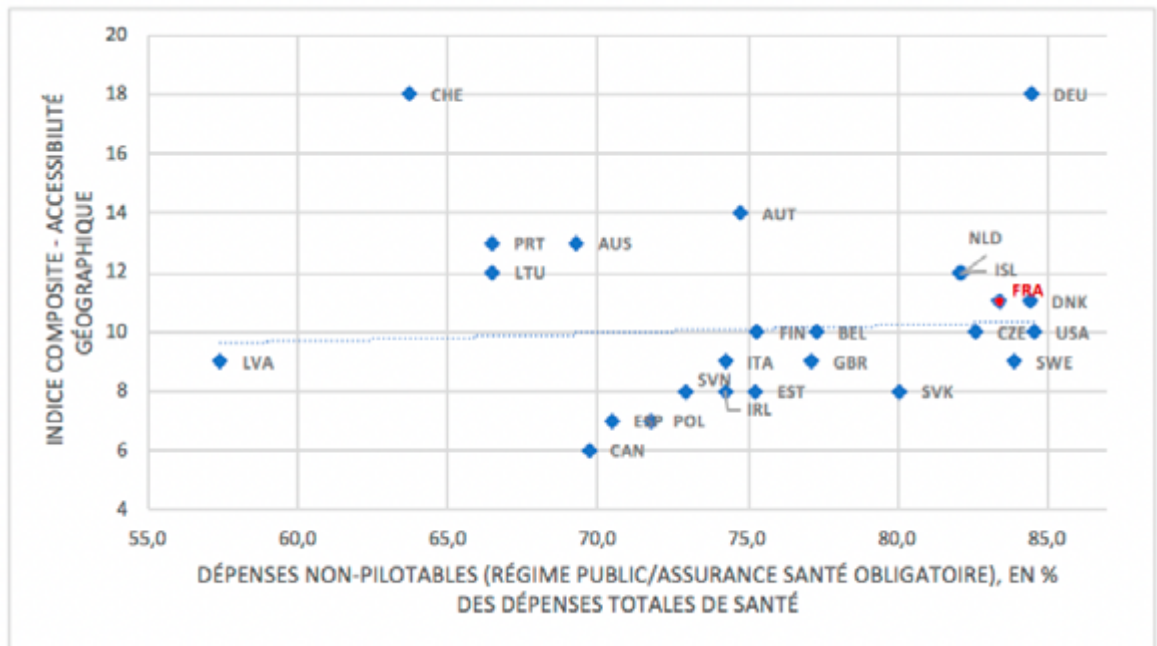
Source : OCDE 2020.

Figure 27. Accessibilité géographique : présentation des performances selon les dépenses totales de santé, en % du PIB



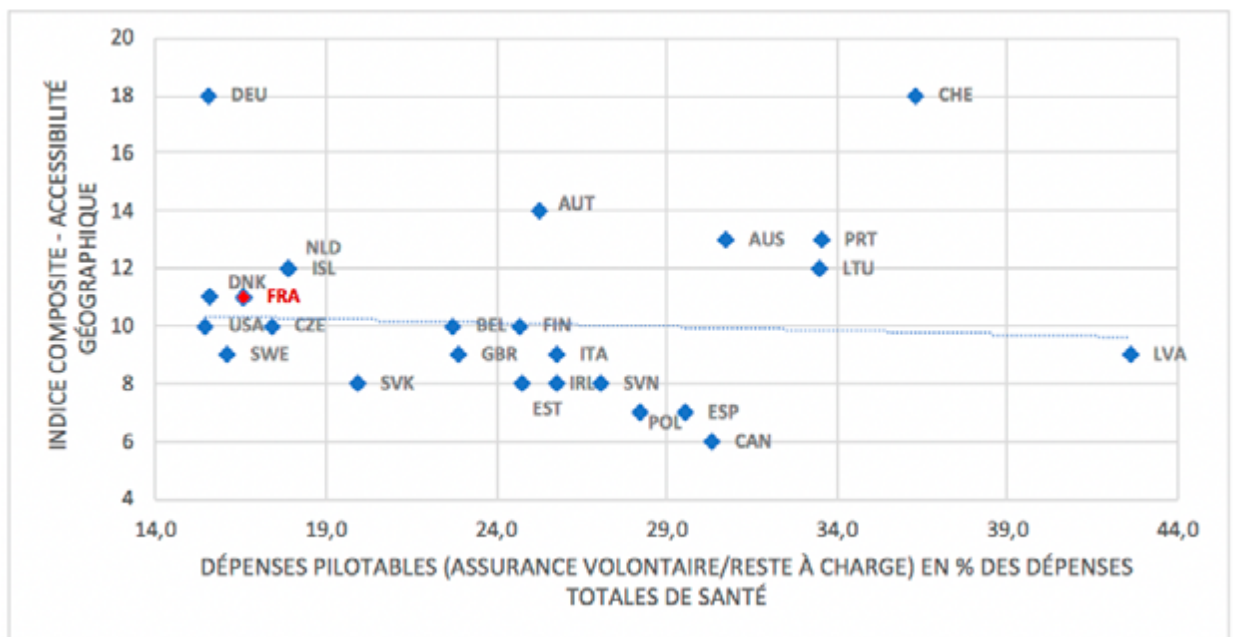
Nous observons une corrélation positive entre les dépenses totales de santé et une meilleure accessibilité géographique des soins. Toutefois, avec un niveau assez élevé de dépenses totales en santé, entre 11 % et 13 % du PIB, l'Allemagne et la Suisse affichent de meilleures performances en la matière que leur voisin français.

Figure 28. Accessibilité géographique : présentation des performances selon le financement des dépenses non-pilotables (régime public/assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé



Pour un niveau de dépenses non-pilotables élevé, la performance française est au-dessus de la moyenne. La Suisse est le pays le plus performant avec un niveau des dépenses non-pilotables assez modéré.

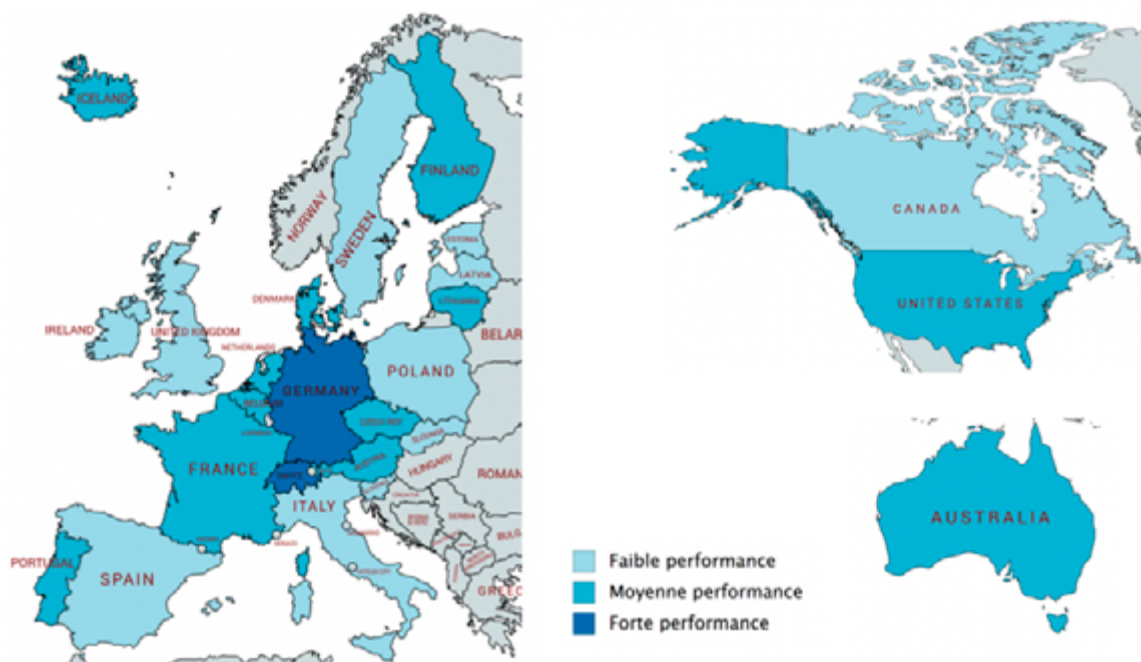
Figure 29. Accessibilité géographique : présentation des performances selon le financement des dépenses pilotables (assurance volontaire/reste à charge) en % des dépenses totales de santé



Nous observons ici une absence de corrélation entre les facteurs associés : le niveau des dépenses de l'assurance volontaire et des paiements directs n'influence pas l'accessibilité géographique des soins de santé.

Carte des performances

Carte 3. Présentation des performances selon le critère de l'accessibilité géographique



La carte 3 présente notre classement des indicateurs liés à l'accessibilité géographique de l'offre de soins. Elle agrège ainsi les résultats des figures 27, 28 et 29.

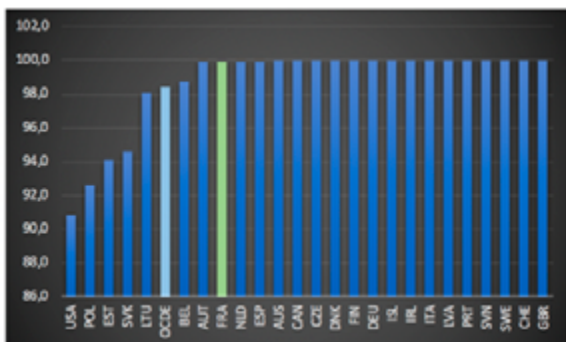
Indicateur composite numéro 4 : Couverture du système

Au-delà des critères d'accessibilité, le bon fonctionnement des systèmes de santé se mesure également par la part de la population vraiment couverte par les soins proposés.

- ***L'étendue de la couverture des soins de santé*** se mesure par le pourcentage de la population éligible aux services de base définis par l'OCDE (consultations de médecine générale et spécialisée, tests et examens, interventions chirurgicales et thérapeutiques). Bien que les pays étudiés se caractérisent pour la plupart par une importante couverture santé, il faut noter la persistance de problèmes d'accès aux soins, pour plusieurs raisons : participation élevée au coût, exclusion de certains services dans la couverture sociale de base, rationnement implicite des services, connaissances limitées du public en matière de santé ou encore imperfections dans les stratégies de communication.

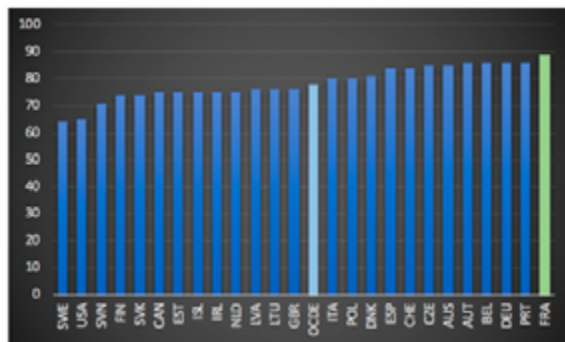
- La couverture par les soins primaires se mesure à travers **la probabilité d'aller voir un médecin** quand on en sent le besoin. Une personne sur cinq déclare ne pas avoir consulté un médecin malgré des besoins médicaux. Les différences de recours à un médecin entre les pays sont importantes : ce taux est ainsi de 65 % en Suède, tandis que la France affiche un taux de 89 %.

Figure 30. Population éligible aux services de base, en % de population, 2017



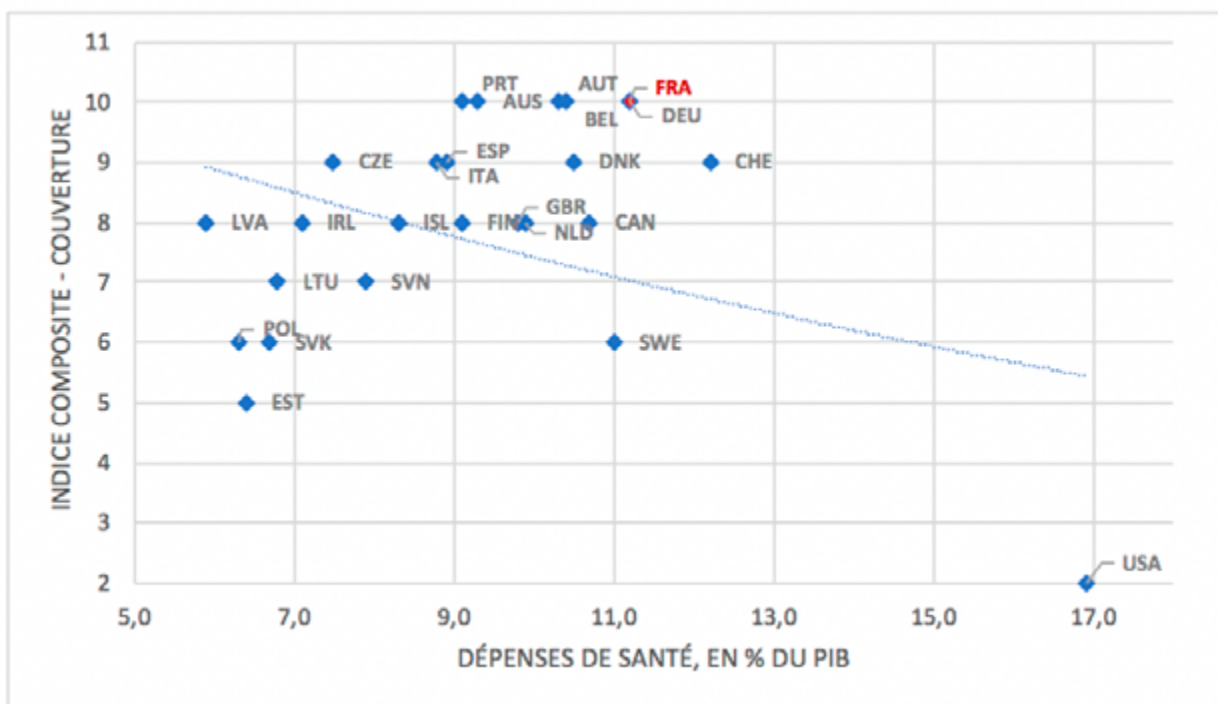
Source : OCDE 2019.

Figure 31. Probabilité de consulter un médecin, ajustée selon les besoins, personnes âgées de 15 ans et plus, 2017



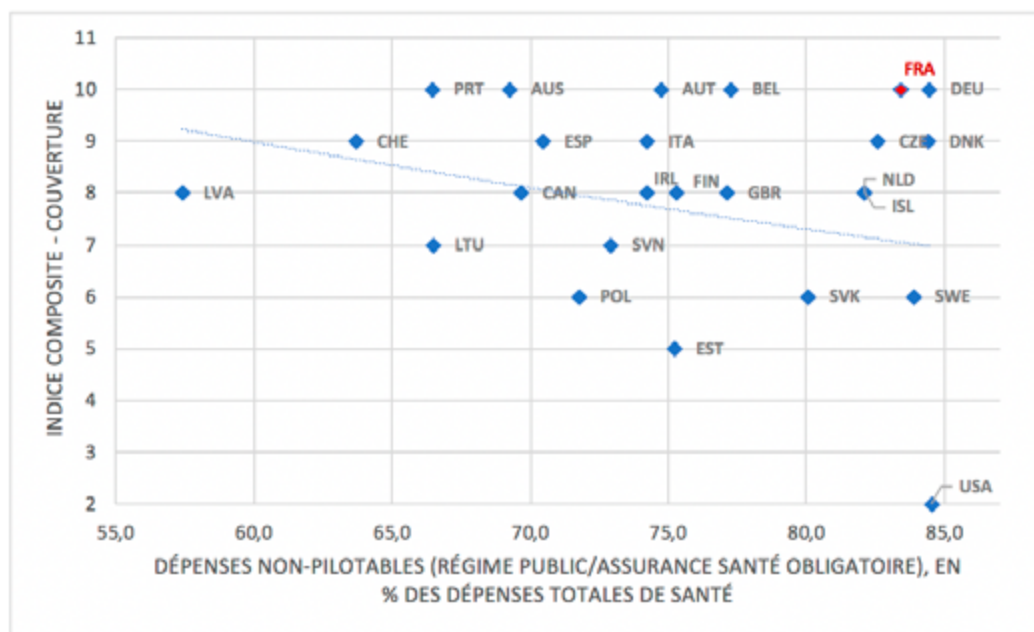
Source : OCDE 2019.

Figure 32. Couverture du système : présentation des performances selon les dépenses totales de santé, en % du PIB



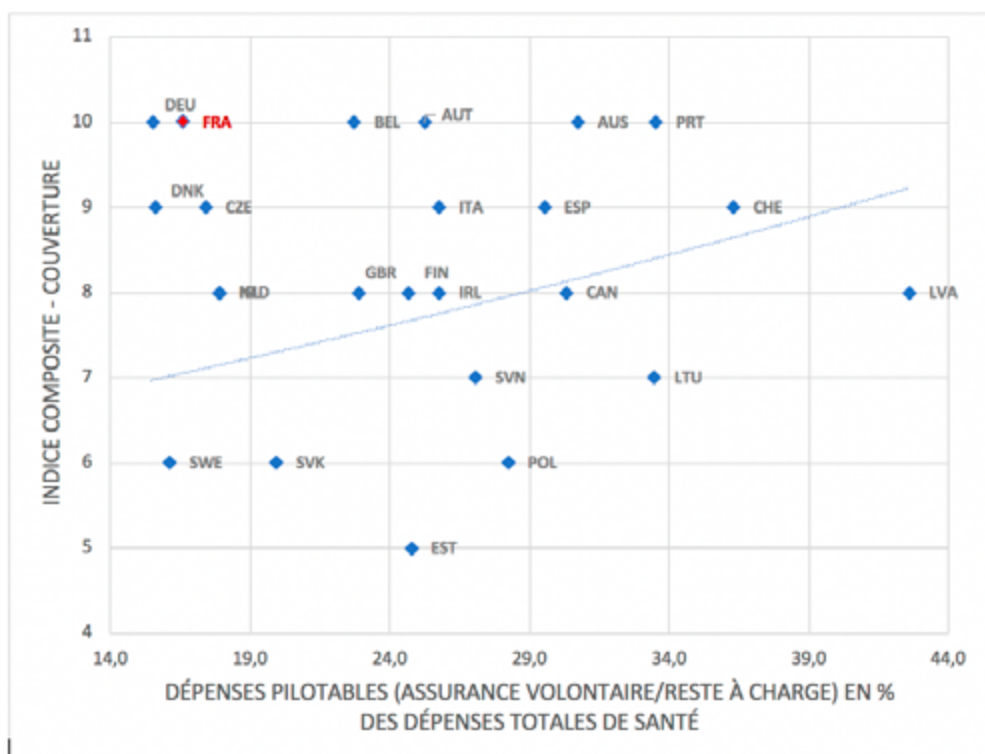
Nous pouvons observer que, mis à part le point extrême, correspondant au niveau des États-Unis, qui accentue la tendance générale négative, la performance croît avec l'augmentation des dépenses en santé. Les performances sont au-dessus de la moyenne pour la plupart des pays allouant plus de 10 % de leur PIB à leur système de santé.

Figure 33. Couverture du système : présentation des performances selon le financement des dépenses non-pilotables (régime public/assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé



S'il semble exister une légère corrélation négative entre taux de couverture et niveau de dépenses non pilotables, il est cependant difficile de tirer une conclusion tranchée, car les niveaux de dépenses varient de façon importante pour un même taux de couverture.

Figure 34. Couverture du système : présentation des performances selon le financement des dépenses pilotables (Assurance volontaire/Reste à charge), en % des dépenses totales de santé



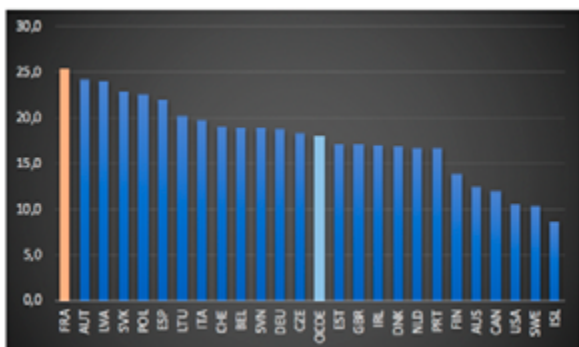
La France se distingue par des délais d'attente importants pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. C'est un des points sur lesquels notre système de santé pourrait être amélioré.

Indicateur composite numéro 5 : Prévention

Forte consommation d'alcool, tabagisme et obésité ont un impact sensible sur le niveau de santé d'un pays. Le niveau de ces facteurs aggravants marque la faiblesse ou la faible efficacité des mesures de prévention.

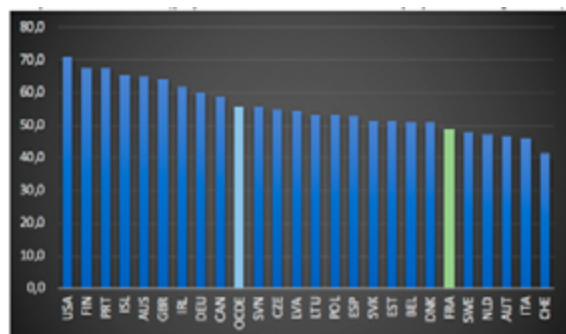
- **Consommation de tabac** (% de la population âgée de 15 ans et plus fumant quotidiennement)
- **Consommation d'alcool** (litres purs per capita, en consommation annuelle, chez les 15 ans et plus)
- **Surpoids et obésité** (% de la population dont l'IMC est égal ou supérieur à 25, chez les 15 ans et plus)
- **Pourcentage d'enfants vaccinés contre diphtérie, tétanos, coqueluche.** Cet indicateur permet d'estimer l'étendue des mesures de prévention dès la naissance.

Figure 35. Consommation de tabac, % de la population âgée de 15 ans et plus fumant quotidiennement, 2017



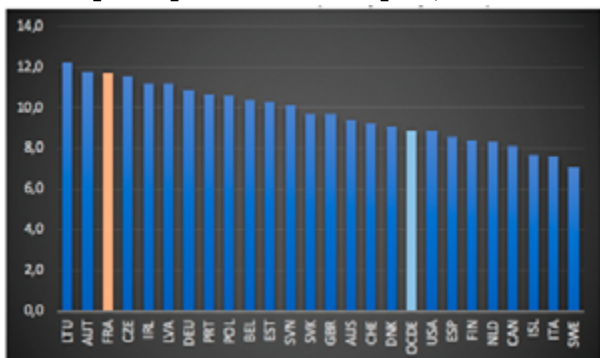
Source : OCDE 2019.

Figure 37. Surpoids et obésité (IMC ≥ 25), % de la population âgée de 15 ans et plus, 2018



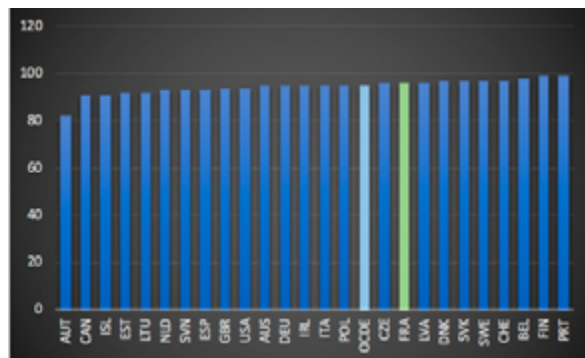
Source : OCDE 2019.

Figure 36. Consommation d'alcool, litres per capita de 15 ans et plus, 2017



Source : OCDE 2019.

Figure 38. Pourcentage d'enfants vaccinés contre diphtérie, tétanos, coqueluche, 2018

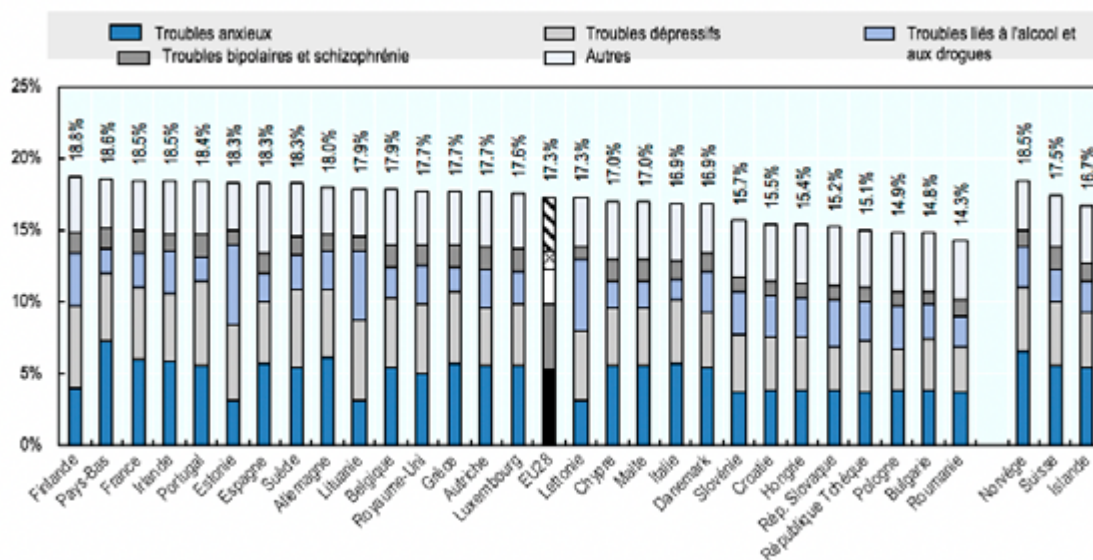


Source : OCDE 2019.

Encadré 4. La santé mentale

En 2016, dans les pays de l'UE, plus d'une personne sur six avait un problème de santé mentale. Environ 25 millions de personnes souffraient de troubles anxieux, 21 millions de personnes de troubles dépressifs, 11 millions de personnes de troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool. Près de 5 millions de personnes souffraient de troubles bipolaires et 1,5 million de personnes de troubles schizophréniques.

Figure 39. Plus d'un citoyen de l'UE sur six est concerné par un problème de santé mentale



Source : OCDE 2018.

La prévalence des troubles de santé mentale est particulièrement élevée en Finlande, aux Pays-Bas, en France et en Irlande, avec des taux dépassant 18,5 %. Les chiffres les plus bas s'observent à l'inverse en Roumanie, en Bulgarie et en Pologne, où moins de 15 % de la population est touchée par ces troubles.

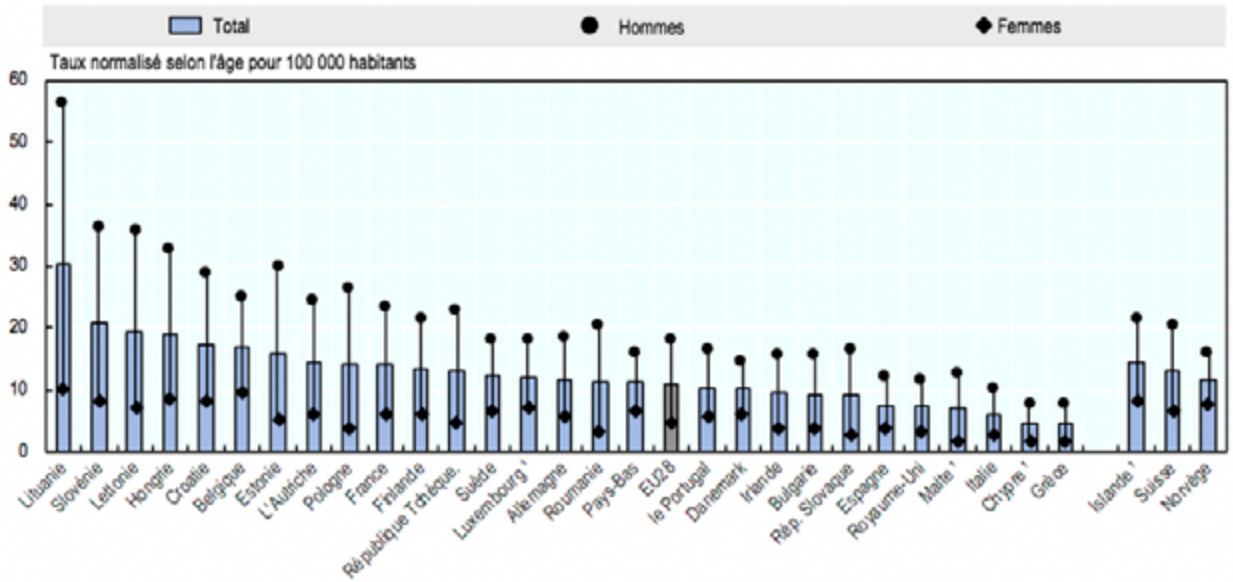
Les femmes ont une prédisposition plus élevée à l'anxiété, aux troubles dépressifs et aux troubles bipolaires. Inversement, les hommes sont deux fois plus susceptibles de développer des troubles liés à la consommation d'alcool et aux drogues (IHME, 2018).

Les problèmes de santé mentale sont à l'origine d'une mortalité assez forte. En 2015, on dénombre ainsi 84 000 décès liés à ce type de pathologies au sein de l'UE. Une majorité de ces décès sont des cas de suicide, qui surviennent en majorité chez les hommes (43 000 suicides contre 13 000 chez les femmes).

La Lituanie détient le triste record du taux de suicide le plus élevé, avec 30 suicides pour 100 000 habitants. La Slovénie, la Lettonie et

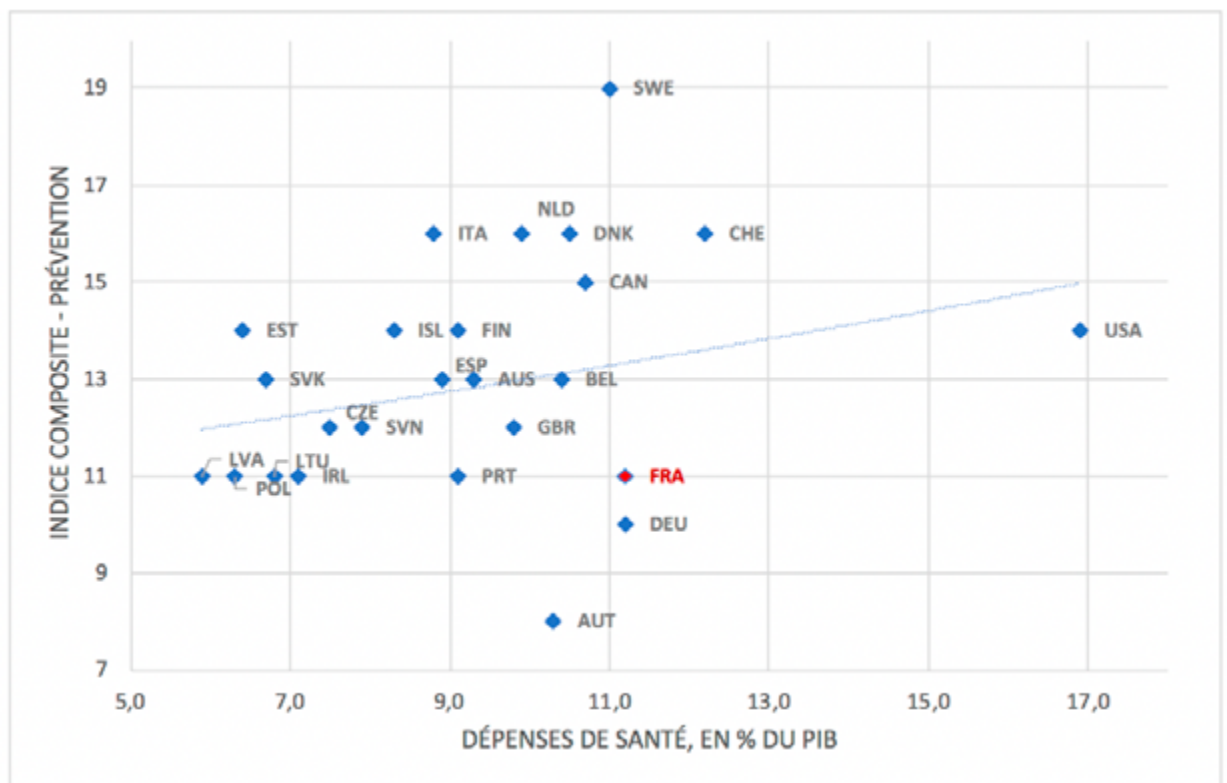
la Hongrie affichent également un taux proche de 20 décès pour 100 000 habitants, soit le double de la moyenne UE (11 suicides pour 100 000 habitants). Les taux les plus bas sont enregistrés dans les pays d'Europe méridionale comme la Grèce, Chypre, l'Italie, Malte et l'Espagne (Figure 40).

Figure 40. Cas de suicides pour 100 000 habitants, ventilé par sexe
(pays de l'UE, moyenne sur trois ans, de 2013 à 2015)



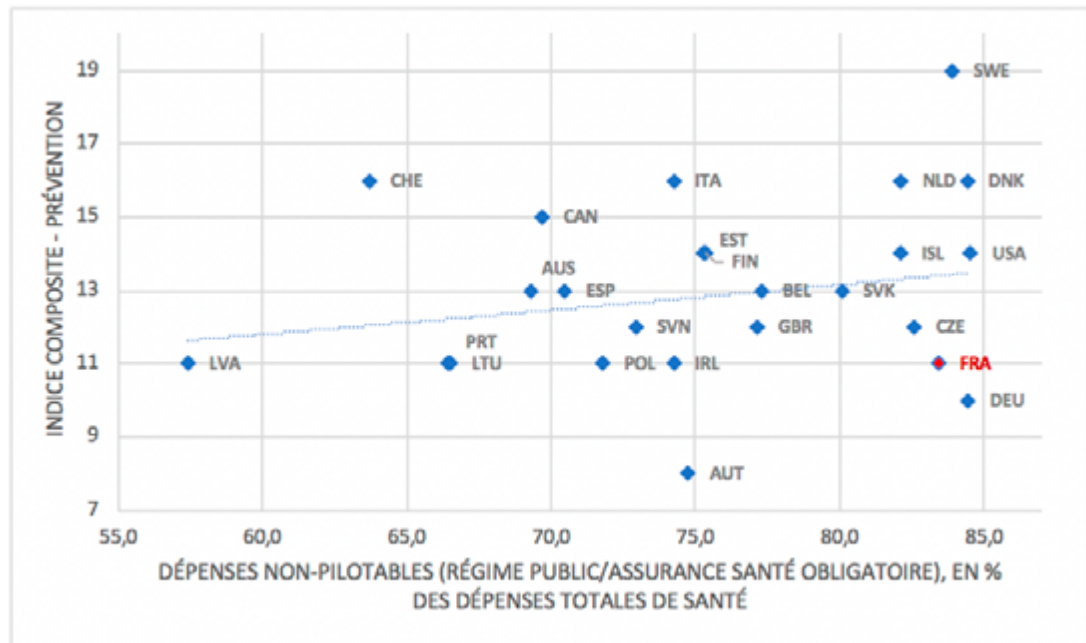
Source : Eurostat Database

Figure 41. Prévention : présentation des performances selon les dépenses totales de santé, en % du PIB



Nous observons que la prévention est globalement meilleure dans les pays où les dépenses dans le système de santé sont plus importantes. Toutefois, pour un niveau de dépense proche de 11 % du PIB, les performances en termes de prévention sont très variables. À niveau de dépenses égal, la Suède, le Danemark et le Canada affichent des performances supérieures à celles de la France et de l'Allemagne.

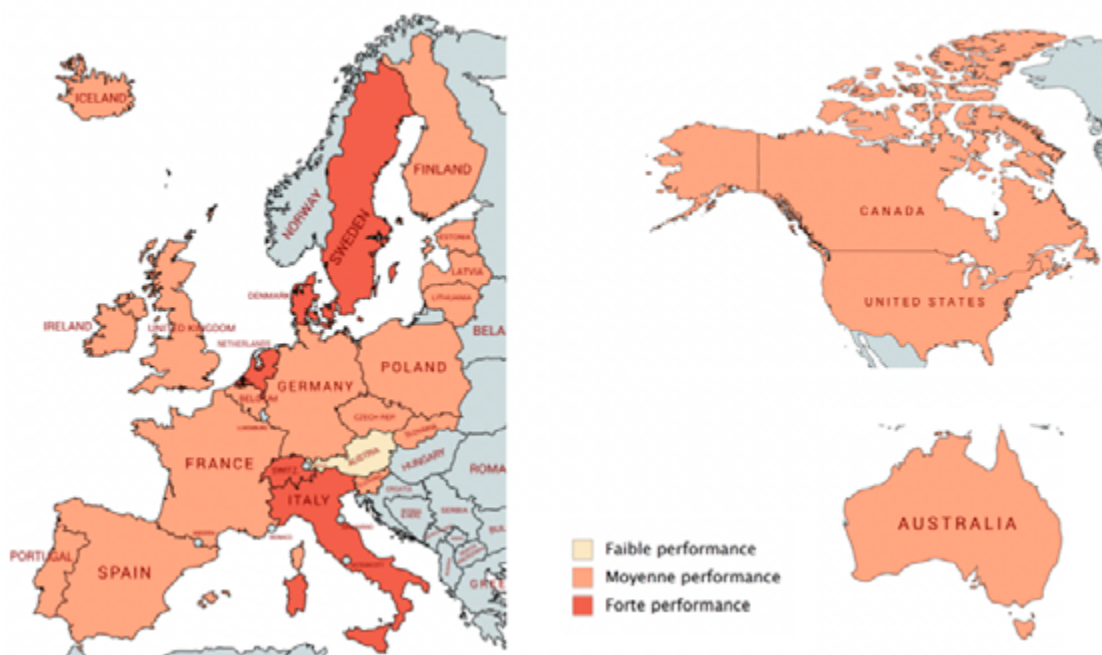
Figure 42. Prévention : présentation des performances selon le financement des dépenses non-pilotables (régime public/assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé



Nous observons ici une absence de corrélation claire entre les deux variables, les niveaux de performance selon notre critère de prévention diffèrent du simple au double pour un même niveau de dépenses pilotables.

La prévention est un enjeu essentiel pour l'avenir. Améliorer mode de vie en adoptant des comportements plus vertueux permet de contenir la transformation de certaines pathologies graves en maladies chroniques. Un investissement plus important dans le volet prévention aujourd'hui peut ralentir, voire stopper demain une augmentation des dépenses liées au volet curatif.

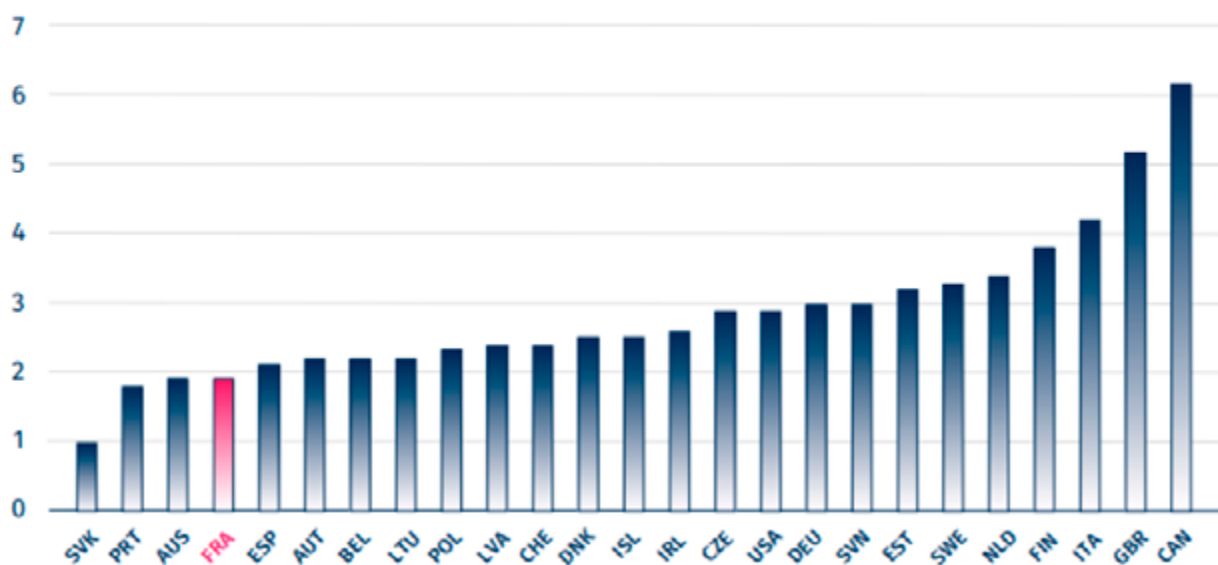
Carte 5. Présentation des performances selon le critère de prévention



La carte 5 présente notre classement des indicateurs liés à la prévention. Elle agrège ainsi les résultats des figures 39, 40 et 41.

Gros plan 4. Des dépenses de prévention très faibles

Dépenses de soins préventifs en %
des dépenses courantes de santé, 2017



Source des données : OCDE, 2020.

Selon l'OCDE et la DRESS, les dépenses de prévention se déclinent de la façon suivante :

La prévention individuelle primaire : vaccins, actions de protection maternelle et infantile (PMI), actions du planning familial, médecine scolaire et médecine du travail.

La prévention individuelle secondaire : détection des maladies avant leur développement (dépistage des tumeurs, des IST, de la tuberculose, des hépatites, etc.), réalisation des bilans bucco-dentaires.

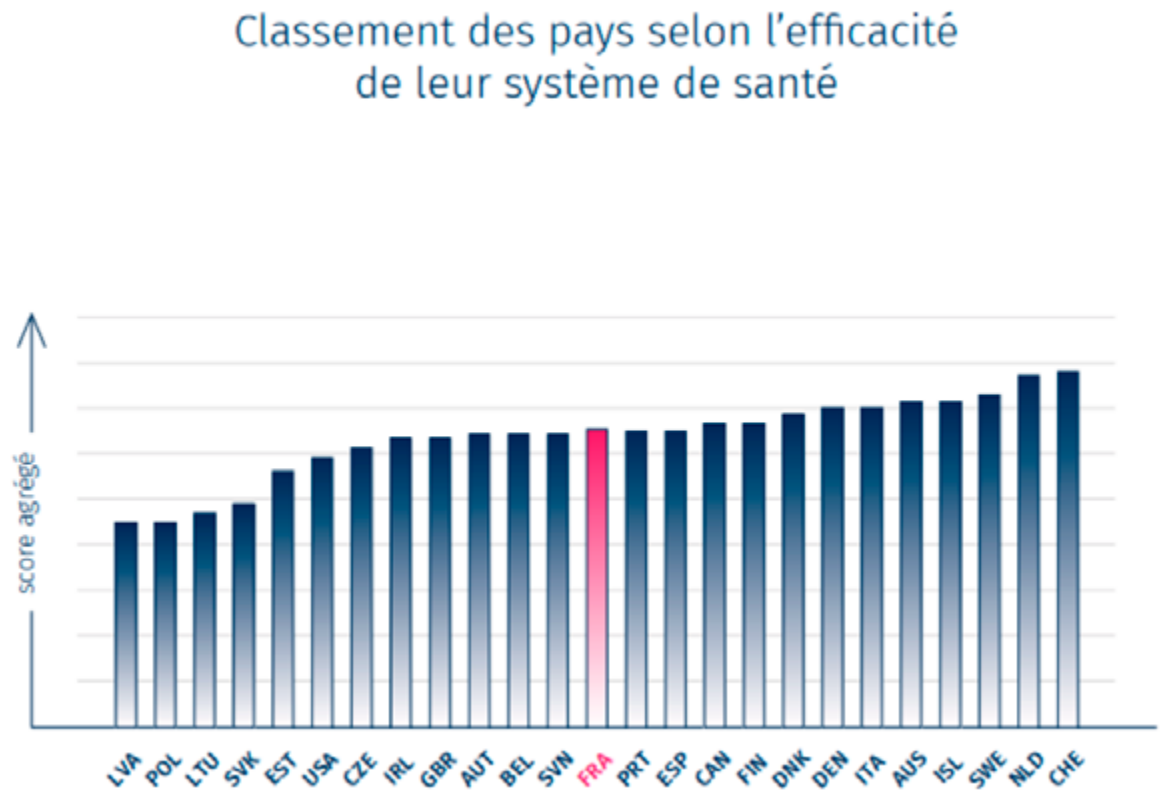
La prévention collective à visée comportementale : lutte contre les addictions (tabac, alcool, drogues), campagnes en faveur de la vaccination et des dépistages, éducation à la santé.

La prévention collective à visée environnementale : mesures en faveur de l'hygiène, lutte contre la pollution, prévention des accidents du travail, sécurité sanitaire de l'alimentation, dispositifs et organismes de surveillance, de veille et d'alertes qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou de crise.

Nous remarquons ainsi que le système français se caractérise par un très faible niveau de dépenses en soins préventifs, qui constitue un de ses principaux points d'amélioration.

Synthèse sur la performance des systèmes à travers l'agrégation de nos 5 indices composites

Figure 44. Classement des pays selon leurs performances agrégées



En additionnant tous les indices composites, on observe que les pays dotés des systèmes de santé les plus performants sont la **Suisse**, les **Pays-Bas**, la **Suède**.

- Le critère de qualité (Carte 1)

Suisse, Suède et Pays-Bas figurent parmi les pays les plus performants selon le **critère de qualité**. Pour la majorité des indicateurs de qualité (espérance de vie, consommation d'antibiotiques à usage systémique, admissions évitables à l'hôpital pour diabète, années potentielles de vie perdues) ces trois pays se classent systématiquement parmi les 10 pays de tête.

La Suisse dispose de la meilleure espérance de vie du panel, à 83,6 ans (Figure 2), elle occupe également la deuxième position pour les années potentielles de vie perdues, devant la Suède (Figure 8). Les Pays-Bas, quant à eux, consomment moins d'antibiotiques à usage systémique (Figure 3). Ces trois pays figurent également dans le top 10 des pays ayant le plus faible pourcentage de population en mauvaise santé (Figure 9).

- **Le critère d'accessibilité financière (Carte 2)**

Les Pays-Bas et la Suède figurent parmi les pays les plus performants en termes d'accessibilité financière, notamment grâce au niveau peu élevé des dépenses personnelles directes en pourcentage de la consommation finale des ménages : 2,3 % pour la Suède et 2,6 % pour les Pays-Bas. Ce pourcentage atteint en revanche 6,9 % en Suisse, soit le taux le plus élevé du panel.

- **Le critère d'accessibilité géographique (Carte 3) et de couverture (Carte 4)**

La Suisse se place en tête du panel par la densité du personnel infirmier des médecins, des lits d'hôpital et des équipements médicaux (Figures 21-24). Ce pays assure par ailleurs à ses citoyens une couverture complète pour tous les services de base définis par l'OCDE.

- **Le critère de prévention (carte 5)**

La Suède affiche la consommation d'alcool et de tabac la plus basse de la zone étudiée (Figures 35, 36). La Suisse et la Suède figurent parmi les pays ayant le plus fort pourcentage d'enfants vaccinés. Enfin, Suisse, Suède et Pays-Bas affichent un très faible pourcentage de personnes en surpoids (Figure 37).

Ces trois pays figurent dans le top 10 des pays qui dépensent le plus dans leur système de santé, en pourcentage de leur PIB. La Suisse consacre 12,2 % de son PIB à son système de santé, la Suède 11 % et les Pays-Bas 9,9 %. Dans les trois cas, ce taux est largement au-dessus de la moyenne OCDE, qui s'établit à 8,8 %. Ces trois pays obtiennent donc des résultats supérieurs à ceux de la France pour un niveau de dépenses similaire, en termes de part de PIB. C'est encore une fois la preuve que la performance d'un système de santé ne dépend pas exclusivement des dépenses publiques qui lui sont allouées.

Focus sur la France

Selon l'indice composite de performance, **la France** arrive en milieu de classement, à la 13ème place sur 25.

Elle est moyennement performante selon le **critère de qualité**. Elle se trouve en 5ème position pour l'espérance de vie avec 82,6 ans (Figure 2) et est bien classée selon les indicateurs d'admissions évitables : asthme/MPOC (Figure 5) et de survie nette à 5 ans pour un cancer du côlon (Figure 6). De plus, seuls 8,3 % des Français se sentent

en mauvaise santé. En revanche, les indicateurs qui dégradent la note de la France sont la consommation d'antibiotiques à usage systémique, qui est une des plus fortes après celle enregistrée en Islande et en Pologne (Figure 3), et les admissions à l'hôpital pour crise cardiaque, où la France affiche un taux supérieur à la moyenne OCDE.

La performance française est aussi moyenne en ce qui concerne le **critère d'accessibilité géographique**. Ce résultat décevant s'explique par une densité de médecins et d'équipements médicaux assez faible par rapport à d'autres pays de l'OCDE (Figures 21 et 24).

À l'inverse, la France est extrêmement performante selon le **critère d'accessibilité financière**. La part du reste à charge est seulement de 9,4 % de toutes les dépenses de santé, soit le pourcentage le plus bas de la zone OCDE (Figure 17). Les soins de santé ne représentent ainsi que 2 % dans la consommation des Français (Figure 16).

La France affiche également des performances particulièrement satisfaisantes selon notre **critère de couverture**.

En revanche, la faiblesse de nos résultats en termes de **prévention** (en particulier sur la consommation de tabac et d'alcool) réduit considérablement le score final du système français. La France est un des pays les plus tabagiques de la zone étudiée, avec un taux de fumeurs quotidiens de presque 25 %, un chiffre nettement supérieur à la moyenne OCDE (18 %). La France se range également au troisième rang des pays consommateurs d'alcool, avec une consommation annuelle de 11,7 litres par personne (Figure 36). Ces chiffres semblent traduire un échec des politiques de prévention et d'accompagnement en la matière.

Notre classement rejoint les résultats des grands standards internationaux.

Ainsi le Euro Health Consumer Index, qui base sa comparaison sur 6 grands domaines (droits et information des patients ; délais d'attente ; efficacité ; gamme de services offerts ; prévention ; produits pharmaceutiques), présente la Suisse comme le meilleur système au monde. Elle est suivie par les Pays-Bas, la Norvège, le Danemark, la Belgique, la Finlande, le Luxembourg, la Suède, l'Autriche et l'Islande²⁵.

De son côté, l'Institut de recherche anglais Legatum²⁶ classe les systèmes de santé selon trois grandes composantes : la santé mentale

25 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-index-matrix-A3-sheet.pdf>

26 Legatum Prosperity Index, 2019 <https://www.prosperity.com/>

et physique de base d'un pays, ses infrastructures de santé et la disponibilité des traitements de prévention. Selon leur méthodologie, le meilleur système au monde est celui de Singapour. Il est suivi par le Japon, la Suisse, la Corée du Sud, la Norvège, Hong-Kong, l'Islande, le Danemark, les Pays-Bas et l'Autriche.

Dans ces deux classements, la France se situe au-delà de la dixième place, une position en demi-teinte à laquelle nos performances décevantes en termes de prévention ne sont sans doute pas étrangères.

Encadré 5. Recherche et développement en matière de santé : un secteur d'investissement massif à l'échelle mondiale

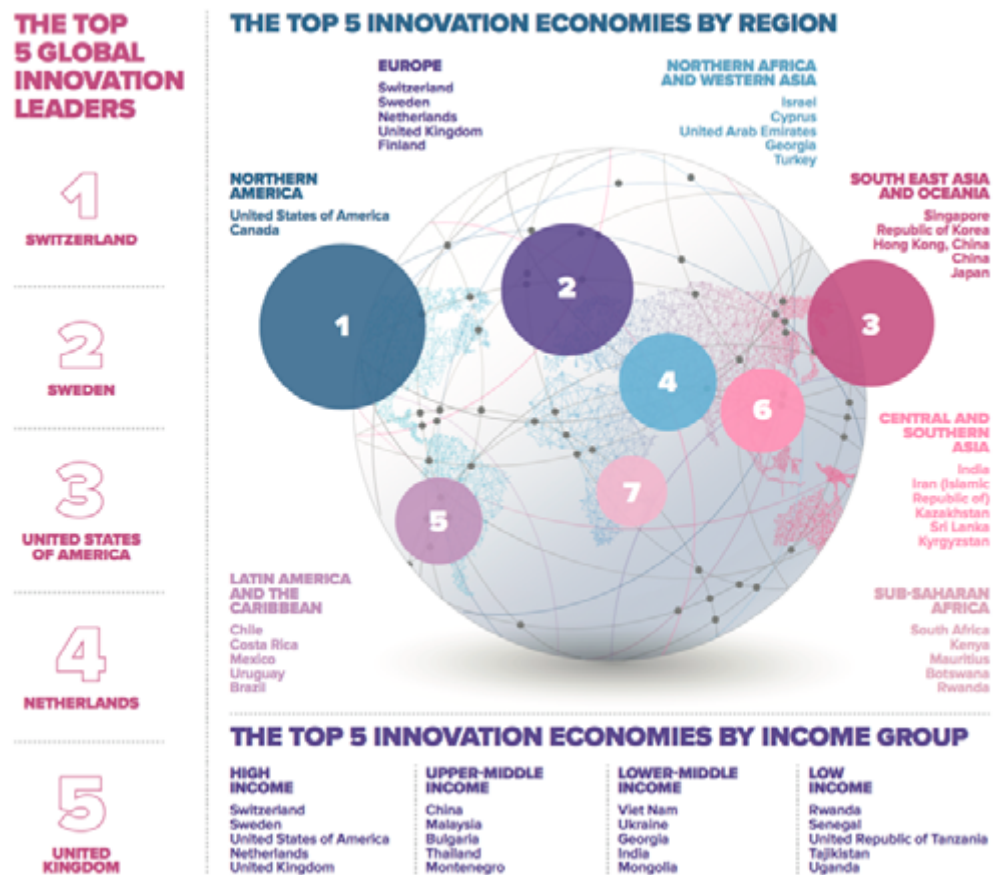
Le secteur de la santé est un des secteurs qui investissent le plus dans l'innovation, avec le secteur des technologies de l'information. Dans la majorité des pays développés, les investissements de recherche et développement (R&D) dans le domaine de la santé représentent chaque année une part importante des dépenses publiques et privées. En 2020, selon l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI)²⁷, le montant total des dépenses de R&D dans le domaine de la santé devrait atteindre environ 9 000 milliards de dollars.

Grâce à l'amélioration des soins, la qualité et l'espérance de vie ont fortement progressé, améliorant en corollaire la croissance économique. Toutefois, les soins de qualité ne sont pas toujours accessibles à tous et l'innovation médicale, qu'elle soit technologique ou organisationnelle, est essentielle pour réduire ces inégalités d'accès.

La majeure partie des investissements de R&D se concentre en Europe et aux États-Unis. Selon l'Indice mondial de l'innovation 2019, consacré cette année à l'avenir de l'innovation médicale, c'est la Suisse qui arrive en tête du classement, suivie par la Suède, les États-Unis, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Dans le même temps, de nouvelles puissances comme la Chine et l'Inde, mais aussi des pays émergents comme l'Afrique du Sud, l'Indonésie, le Mexique, le Nigéria et le Vietnam se font peu à peu une place dans le paysage mondial de la santé.

²⁷ L'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle est une institution spécialisée des Nations Unies qui a pour mission de « promouvoir l'élaboration d'un système international de protection intellectuelle équilibré et efficace qui favorise l'innovation et la créativité dans l'intérêt de tous ».

Figure 45. Leaders mondiaux des innovations médicales, 2019



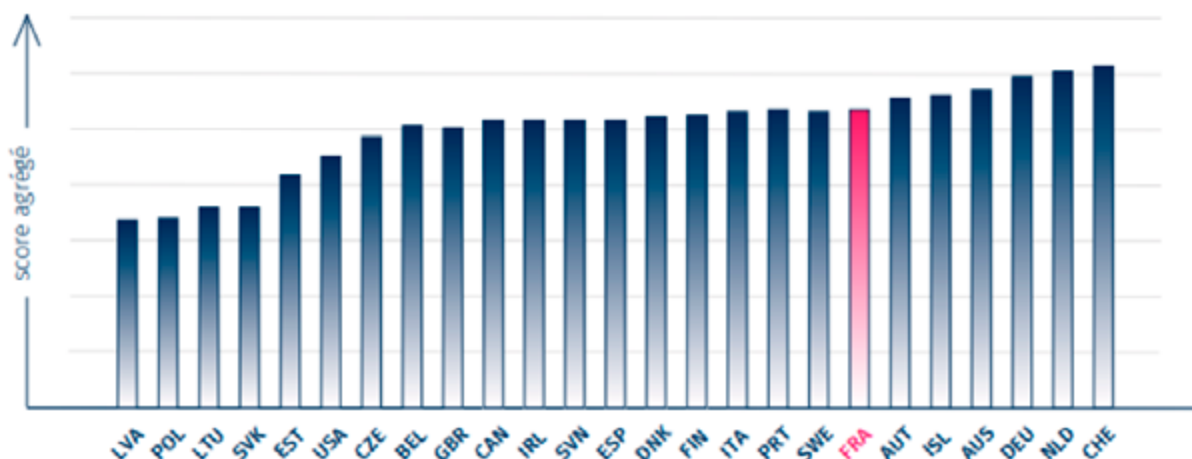
Source : World Intellectual Property Organization (institution spécialisée de l'ONU), 2019.

Suisse, Suède et Pays-Bas figurent parmi les pays les plus innovants en matière médicale. En plus de permettre de préparer au mieux les révolutions à venir, les investissements d'innovation conditionnent les performances futures des systèmes de santé. La France doit s'inspirer de ces pays en matière de santé, en opérant les réformes structurelles adéquates.

De fait, le critère de la prévention pèse lourdement sur la performance française dans le classement issu de notre analyse. Quand on choisit d'exclure ce paramètre, Suisse et Pays-Bas continuent d'occuper les deux premières places mais la France se hisse alors au septième rang, au même niveau que la Suède. Un des principaux leviers pour renforcer les performances du système français réside donc dans l'amélioration de notre politique de prévention.

Figure 46. Efficacité des systèmes de santé selon notre indice global (hors prévention)

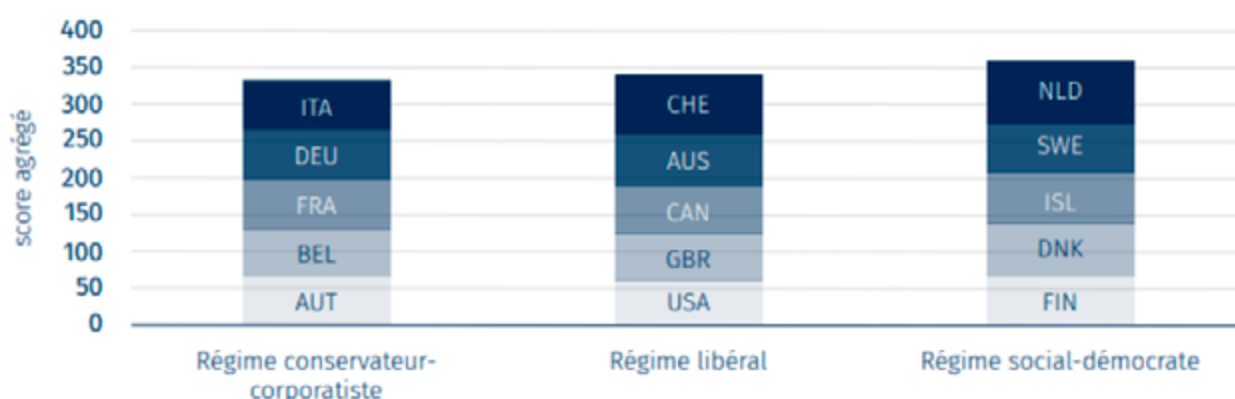
Classement des pays selon l'efficacité de leur système de santé (hors prévention)



Le système français aurait tout à gagner à miser massivement sur la prévention et la promotion de comportements plus vertueux en termes de santé. Une telle action ciblée lui permettrait de renforcer sa position dans notre classement sans dénaturer son fonctionnement ni trahir ses valeurs d'égalité et de libre accès à la santé.

Figure 47. Classement des systèmes de santé par bloc de modèle (au sens d'Esping-Andersen).

Classement des systèmes de santé par bloc de modèle (au sens d'Esping Andersen).



Si l'on procède à une dernière analyse comparative plus systémique, nous pouvons observer que le régime (au sens d'Esping-Andersen) le plus performant selon nos critères est le régime « social-démocrate », qui se caractérise par des dépenses modérées, une forte décentralisation et un partage des rôles et des missions sanitaires entre la sphère publique et la sphère privée.

Le système de santé français étant caractérisé par une forte hybridation, similaire à celle des pays scandinaves, son optimisation doit donc se caractériser par un nouveau partage des missions et des rôles sanitaires, plutôt que par un grand bouleversement systémique et organisationnel.





Partie II - Caractéristiques du système de santé français

La performance globale du système de santé français se situe dans la moyenne de la zone OCDE. Si notre pays affiche des résultats remarquables en termes d'accessibilité financière des soins, la France occupe une place décevante au regard de ses dépenses de santé. Comme notre étude a pu le démontrer, le véritable talon d'Achille de notre système sanitaire réside dans la faible efficacité de sa politique de prévention.

Afin de définir plus précisément les leviers et les pistes d'amélioration, il convient d'analyser en détail la structure et le fonctionnement de notre système de santé.

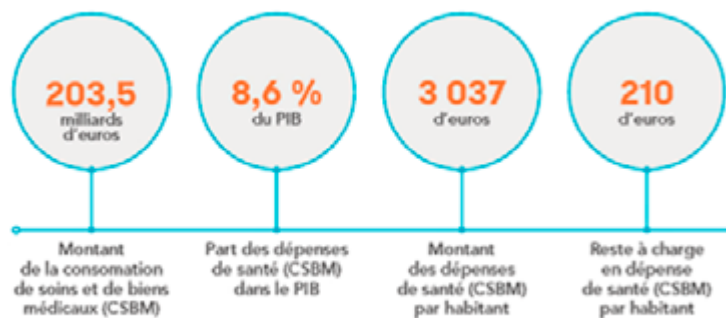
I) Dépenses et financement du système de santé français

CONSOMMATION ET DÉPENSES

Avant d'étudier le fonctionnement du système de santé français, il convient de se familiariser avec les définitions retenues par l'administration et de distinguer la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé (DCS).

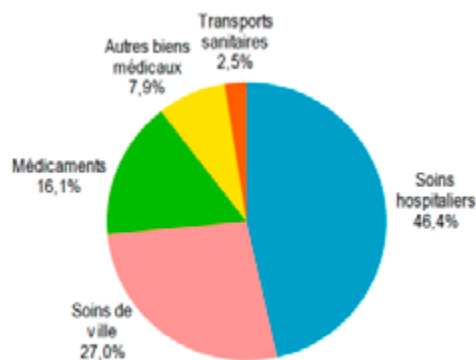
La consommation de soins et de biens médicaux inclut notamment le recours aux soins hospitaliers, les soins de ville, les médicaments et les transports sanitaires. En 2018, la CSBM s'élève à 203,5 milliards d'euros.

Figure 48. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en France



Source > Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019. DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

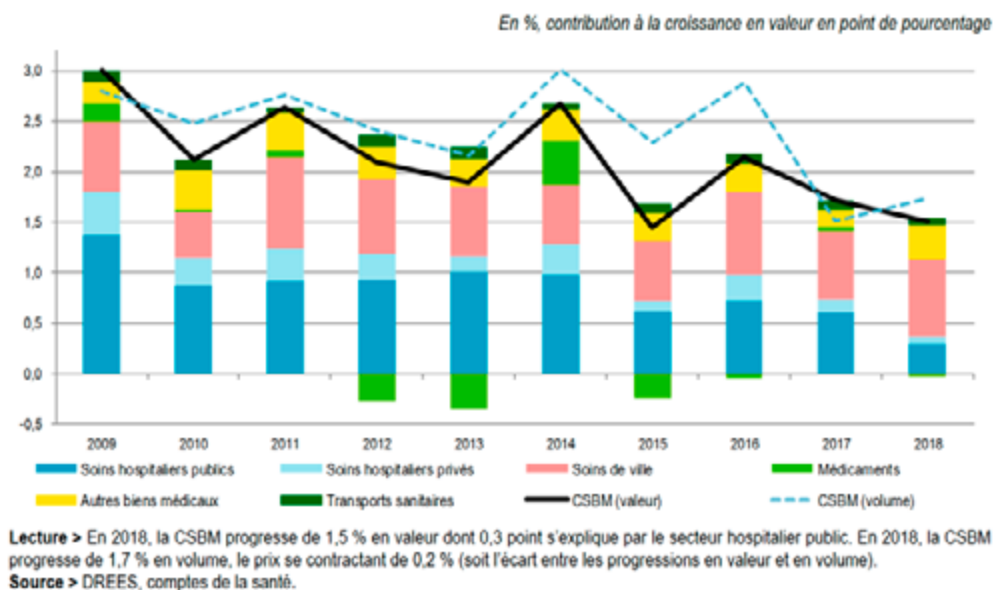
Figure 49. Structure de la CSBM en 2018



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2018, la part la plus importante de la CSBM est celle des soins hospitaliers (46,4 %), suivis par les soins de ville (27 %) et la consommation des médicaments (16,1 %). La part des transports sanitaires n'atteint que 2,5 % de la CSBM (Figure 49).

Figure 50. Évolution de la CSBM en valeur et en volume avec ses principales composantes



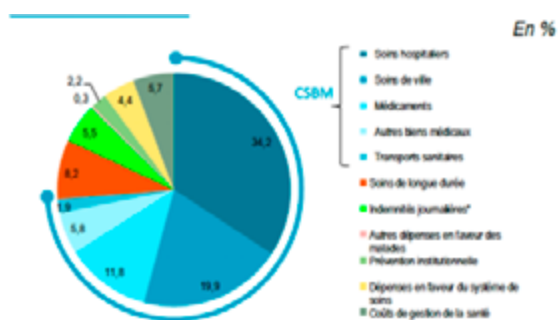
En 2018, on observe un ralentissement de la croissance de la CSBM : l'augmentation s'est limitée à 1,5 %, après 1,7 % en 2017 et 2,1 % en 2016 (Figure 50). Entre 2017 et 2018, la CSBM a moins progressé que sur la période 2009-2016 (2,1 %). Ce ralentissement s'explique principalement par une augmentation très limitée des soins hospitaliers qui n'ont augmenté que de 0,8 % en 2018, contre 1.6 % en 2017.

Même s'ils ne pèsent que 27 % de la CSBM (55 milliards d'euros), les soins de ville sont à l'origine de la moitié de la croissance des dépenses de santé en 2018. Une telle donnée dénote la prédominance des soins de villes sur les soins hospitaliers, qui a été soulignée par de nombreux professionnels de santé lors de la crise du Covid-19.

La dépense courante de santé est une notion plus large. Elle englobe non seulement la CSBM et ses composantes mais aussi les soins de longue durée, les indemnités journalières, la prévention institutionnelle, les dépenses en faveur du système de soins, les coûts de gestion de la santé et d'autres dépenses en faveur des malades. La DCS est la donnée retenue pour les comparaisons internationales.

Globalement, l'ensemble de la CSBM représente 73,6% de la DCS, les soins de longue durée 8,2%, les coûts de gestion de la santé 5,7% et les indemnités journalières 5,5% (Figure 51).

Figure 51. Structure de la DCS en 2018



* Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.

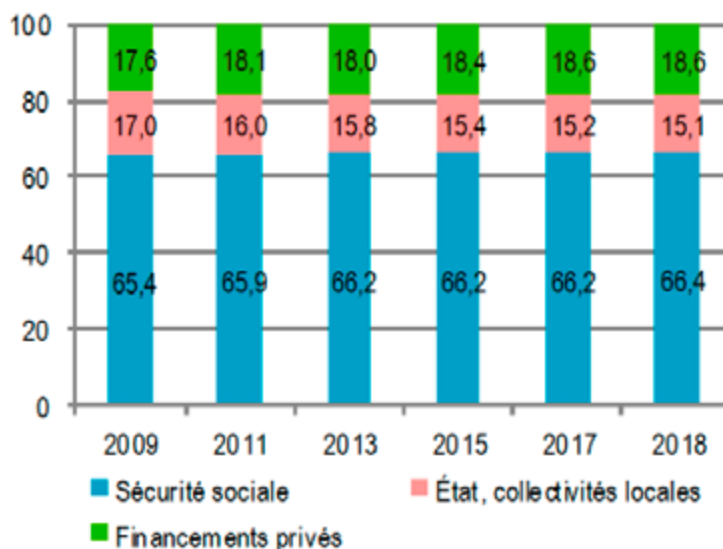
FINANCEMENT

En France, le financement du système de santé (fonctionnement, recherche et développement) est assuré par les *organismes de base* (Sécurité sociale), *l'État* (financeurs publics et collectivités locales) et *le secteur privé* (organismes complémentaires, laboratoires de recherche, industrie pharmaceutique et ménages).

En 2018, plus de 80 % des dépenses en CSBM (Figure 52) sont financées par la Sécurité sociale, par l'État (aide médicale d'État, pensions versées aux invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière) et par les organismes de base assurant les remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (DREES, 2019).

Le secteur privé a financé 18,6 % des dépenses courantes de santé en 2018 (Figure 52), soit 13,5 milliards d'euros, dont près de la moitié a été consacrée à la recherche médicale et pharmaceutique (dépenses en faveur du système de soins) et un peu plus du quart à la prévention institutionnelle. Le secteur privé représente également près de la moitié des coûts de gestion totaux du système de soins (DREES, 2019).

Figure 52 : Évolution de la structure de la DCS par financeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Les ménages financent aussi une partie des dépenses en santé. Toutefois, le reste à charge des ménages est très bas en comparaison d'autres pays de l'OCDE, comme nous l'avons déjà relevé. Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé légèrement supérieure à la moyenne de l'UE-15, la France affiche le reste à charge le plus bas en Europe, derrière la Slovénie. La participation des ménages au financement de la CSBM est par ailleurs en baisse en 2018 : elle représente 7,0 % en 2018 (contre 7,5 % en 2017), soit un équivalent de 210 euros de reste à charge par habitant et par an.

1.1. L'assurance maladie obligatoire (régime général, régime agricole, régimes spéciaux)

Le principe des régimes obligatoires d'assurance maladie est d'assurer les citoyens contre les grands risques de santé qui peuvent avoir des conséquences sur leurs revenus. Ces régimes sont caractérisés par une obligation d'adhésion et de cotisation. Ils reposent sur un principe de solidarité large, les contributions des adhérents étant assises sur leurs revenus, et d'un accès aux soins défini selon les besoins.

Les principaux régimes de Sécurité sociale (le *régime général* qui gère les indépendants depuis le 1er janvier 2018 et le *régime agricole*) sont regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Ces régimes sont notamment chargés de conduire une politique conventionnelle (qui détermine les liens entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux), de définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins²⁸.

28 <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>

Encadré 6. Assurance Maladie et Sécurité sociale : deux organismes à distinguer.

Selon l'ordonnance du 4 octobre 1945, par laquelle elle est créée, la Sécurité sociale est « la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes²⁹ ». Au total, il existe cinq branches de la Sécurité sociale, chacune ayant pour mission la gestion d'un ou de plusieurs risques qui peuvent menacer la sécurité économique du citoyen :

La **branche famille** assure contre les risques liés à la vie familiale dont le risque de handicap et de logement ;

La **branche retraite** assure contre le risque de vieillesse et de veuvage ;

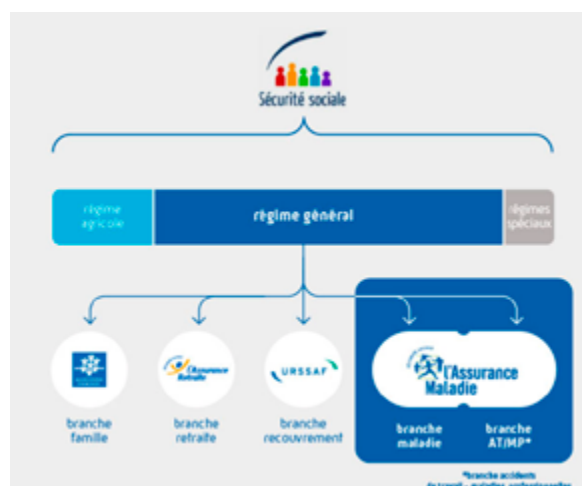
La **branche maladie** assure contre le risque de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès ;

La **branche AT/MP** assure contre les risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles.

Enfin, la **branche recouvrement** assure la gestion de la trésorerie de la Sécurité sociale. Elle collecte les cotisations et contributions sociales auprès des entreprises, des travailleurs indépendants et des particuliers, puis les redistribue au bénéfice des autres branches pour financer l'ensemble de leurs prestations.

L'Assurance maladie est une composante de la Sécurité sociale, qui gère les risques de maladie et les accidents du travail (maladies professionnelles). Elle assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés, garantit l'accès aux soins, favorise la prévention et contribue à la régulation du système de santé français.

Figure 53. Structure de la Sécurité sociale



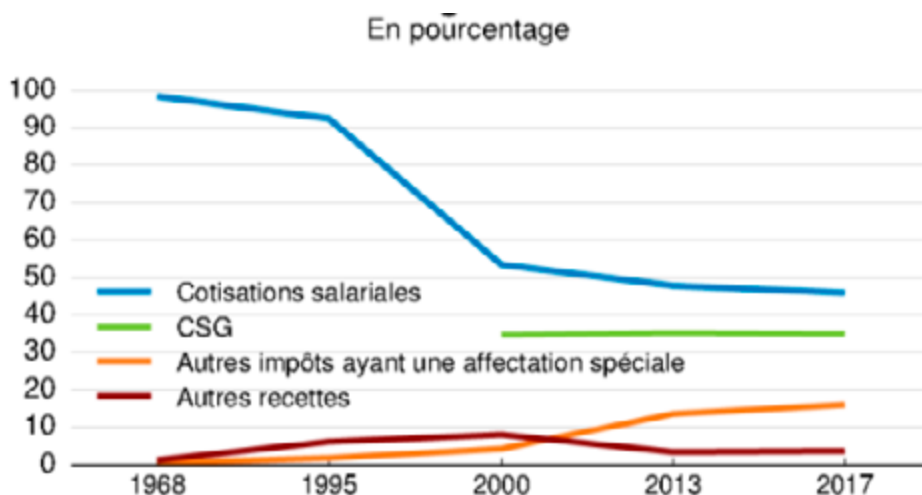
Source : Assurance maladie Ameli, 2020.

La branche maladie du régime général est gérée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et son réseau, qui se compose des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, des directions régionales du service médical (DRSM), des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), ainsi que des unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam). Pour le régime agricole, la gestion est organisée par la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

Dans le modèle originel, le financement de l'assurance maladie obligatoire reposait intégralement sur des cotisations salariales. Cependant, à partir des années 70, la part des cotisations salariales a diminué progressivement (Figure 54).

Les cotisations salariales représentent aujourd'hui moins de 50 % du financement de l'assurance maladie obligatoire, le reste du financement étant assuré l'impôt. La CSG (Contribution sociale généralisée), prélevée sur la plupart des sources de revenu, assure près de 40 % de son financement. Enfin, ce financement est complété par une vingtaine de taxes affectées, dont les taxes sur la consommation de produits nocifs, comme l'alcool et le tabac (OCDE, 2015).

Figure 54. Financement de l'assurance maladie obligatoire



Source : OCDE, 2018.

1.2. Le marché des complémentaires, entre mutuelles volontaires, assurances privées et institutions de prévoyance : une cohabitation entre organismes lucratifs et non-lucratifs

L'assurance maladie complémentaire, qui constitue un deuxième étage de couverture après l'assurance maladie obligatoire, couvre plus de 95 % de la population (OCDE, 2019). Contrairement au régime obligatoire, les régimes complémentaires s'appuient sur une solidarité restreinte au champ des adhérents et offrent des prises en charge variables, déterminées par le type de contrat souscrit. Ils permettent de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas remboursée par le régime de base obligatoire.

Étant donné les taux de remboursement relativement faibles du régime obligatoire pour certains types de soins, les assurances complémentaires sont essentielles pour assurer le meilleur des accès aux soins possible. En France, les régimes complémentaires couvrent tout ou une partie du reste à charge après intervention de l'assurance obligatoire, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays européens (Paris et al., 2016).

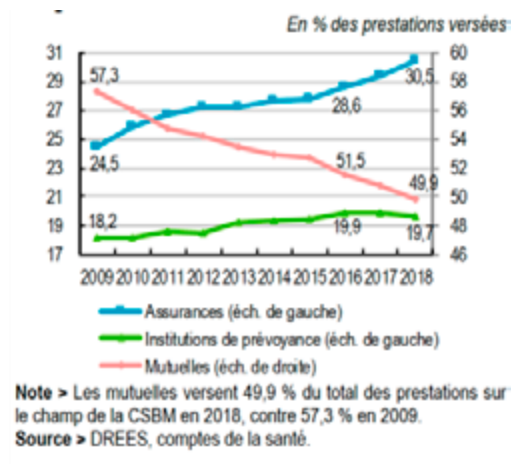
Le fonctionnement des régimes complémentaires est assuré par les organismes complémentaires qui regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Certains de ces organismes sont des entreprises privées à but lucratif, alors que d'autres sont des organisations à but non lucratif (mutuelles et caisses d'assurance).

En 2018, les montants versés par les organismes complémentaires pour des prestations en soins et biens médicaux représentent 27,3 milliards d'euros, avec un taux de croissance de 3,9 % par rapport à 2017 (Annexe 11). Cette dynamique concerne en particulier l'optique, les soins dentaires et les autres soins de ville. Entre 2017 et 2018, les dépenses remboursées par les organismes complémentaires ont crû plus rapidement que l'ensemble de la CSBM, ce qui entraîne une augmentation de la part des organismes complémentaires dans son financement (13,4 %).

En 2018, 49,9 % des prestations de l'ensemble des organismes complémentaires ont été effectuées par des mutuelles, 30,5 % par des sociétés d'assurances et 19,7 % par des institutions de prévoyance (Figure 55). Ces dernières années, on observe que les sociétés d'assurances gagnent des parts de marché au détriment des mutuelles (la part des mutuelles était ainsi 57,3 % en 2009, soit une

perte de 7 points en moins de dix ans). L'accroissement de la part des sociétés d'assurances peut notamment s'expliquer par le profit que ces sociétés ont tiré de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, instaurée par la loi ANI en 2013 (DREES, 2019).

Figure 55. Parts de marché par type d'organismes entre 2009 et 2018



Encadré 7. Généralisation de la complémentaire, contrat collectif et contrat individuel

Signée le 13 janvier 2013 et entrée en vigueur en 2016, la loi de sécurisation de l'emploi généralise la couverture santé à l'ensemble des salariés des entreprises. Le texte précise que tout employeur du secteur privé doit proposer à ses salariés une assurance complémentaire santé, financée à 50 % par l'entreprise, de façon à compléter les garanties de base de l'assurance maladie obligatoire. Le législateur veut ainsi permettre à chaque salarié du secteur privé (le secteur public n'est pas concerné) de pouvoir accéder à une complémentaire santé sous la forme d'un contrat collectif souscrit auprès des organismes complémentaires.

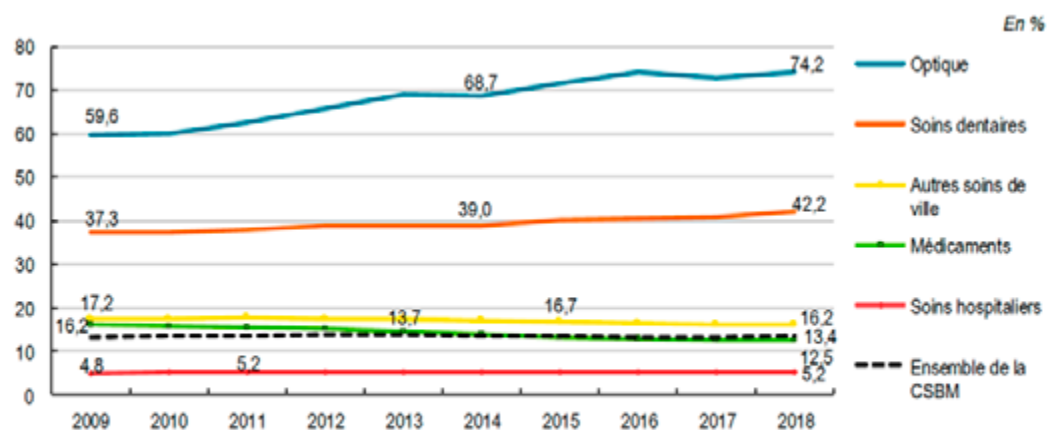
En 2018, 48 % des prestations fournies par les organismes complémentaires dans le champ de la CSBM s'inscrivaient dans le cadre de contrats individuels et 52 % dans le cadre de contrats collectifs. Un contrat de complémentaire santé individuelle est souscrit directement par le particulier, tandis que le contrat collectif est souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques (DREES, 2019).

Les cotisations et les primes collectées constituent les principales ressources des organismes complémentaires. La plus grande partie des cotisations est destinée aux assurés sous forme de prestations. Les montants restants sont destinés au financement des frais de fonctionnement des organismes.

Les contrats collectifs permettent, principalement grâce aux effets d'échelle, de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. Ainsi, en 2019, pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 18 € en optique et 17 € en dentaire, contre respectivement 8€ et 9€ pour le contrat individuel (DREES, 2019). En revanche, les contrats individuels remboursent plus de prestations en médicaments et soins hospitaliers que les contrats collectifs. Cela est dû au fait que les retraités, naturellement couverts par des contrats individuels, consomment une grande partie de ces soins.

En 2018, la part des organismes complémentaires dans le financement de la dépense en optique atteint 74,2 %. Elle s'élève à 42,2 % pour les soins dentaires (Figure 56). En effet, la généralisation de la complémentaire d'entreprise mise en place en 2016 a modifié la structure des contrats en faveur d'une meilleure couverture en optique et en soins dentaires. À partir de 2016, l'augmentation de la part des contrats collectifs avec des taux de remboursement élevés en optique et en dentaire devient supérieure à celui des contrats individuels. Ce fait explique la hausse de la part prise en charge par les organismes complémentaires de ce type des soins. En 2018, les organismes complémentaires financent 16,2 % de la dépense en autres soins de ville (soins de médecins, soins d'auxiliaires, cures thermales et prestations des laboratoires d'analyses médicales) et 12,5 % de la dépense de médicaments. En revanche, la participation des organismes complémentaires dans le remboursement des soins hospitaliers et des frais de transports sanitaires est faible, à 5,2 % et 3,6 % respectivement (DREES, 2019). Ces postes de dépense sont en effet largement financés par l'Assurance maladie.

Figure 56. Part versée par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2009 et 2018



Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 74,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux en optique en 2018.

Source > DREES, comptes de la santé.

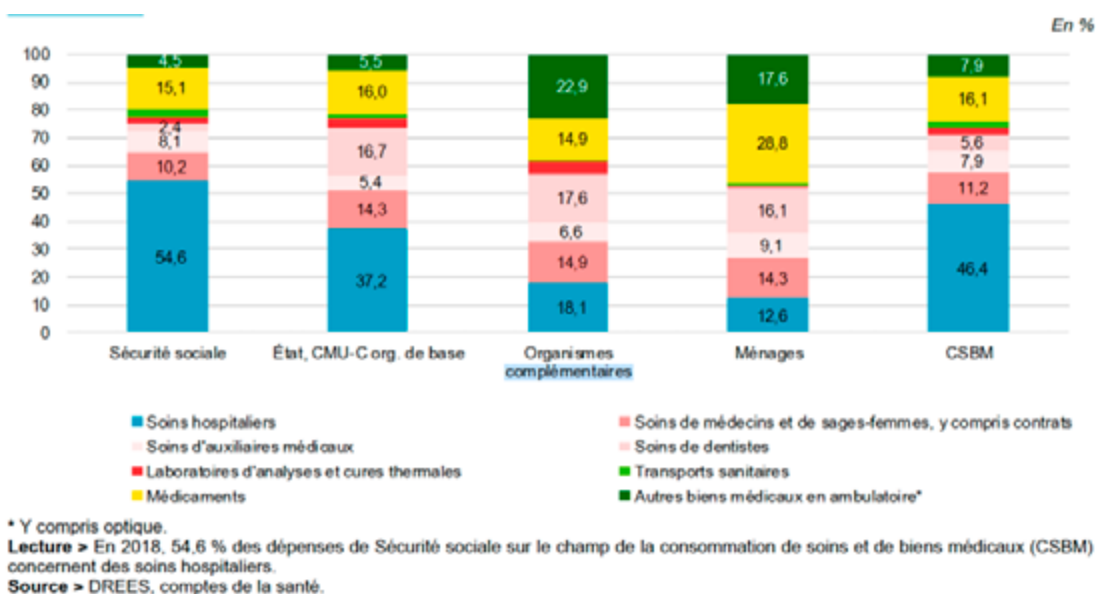
La structure des dépenses engagées par les organismes d'assurance obligatoire et les complémentaires varie considérablement d'un acteur à l'autre.

Pour la Sécurité sociale ainsi que pour l'État et les organismes de base gérant la CMU-C³⁰, le premier poste de dépense est celui consacré aux *soins hospitaliers*. Ils représentent respectivement 54,6 % et 37,2 % de leur dépense liée à la CSBM, en 2018 (Figure 56 bis).

Pour les organismes complémentaires, *les soins de ville* représentent le premier poste de dépenses. Au sein de ce poste, les soins dentaires occupent une part conséquente, avec 17,6 % de la dépense liée à la CSBM (DREES, 2019). Cela est dû au niveau assez faible de remboursement par la Sécurité sociale des soins dentaires et prothétiques (ils ne représentant que 2,4 % des dépenses de l'Assurance maladie sur le champ de la CSBM).

Pour les ménages, enfin, *les dépenses en médicaments* sont le premier poste de dépense : elles représentent un peu moins de 30 % du reste à charge des ménages, contre environ 15 % des dépenses liées à la CSBM.

Figure 56 bis. Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2018



³⁰ Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). Un dispositif permettant de financer une partie des dépenses de santé, dans les cas où les ressources des assurés sont inférieures à 1016 € par mois pour une personne seule et à 1829 € pour un couple avec enfant.

Un des arguments régulièrement brandis par les opposants au système mixte est celui des coûts de gestion. Le fait que les remboursements émanent de différents acteurs (publics et privés) ayant des temporalités et des modalités diverses complexifie encore un peu la lisibilité du système de santé et engendre de coûts de transaction élevés (Coase, 1937). Il en résulte des coûts de gestion importants, s'élevant à 6 % des dépenses de soins, un des plus hauts niveaux dans les pays de l'OCDE (Annexe 12)³¹.

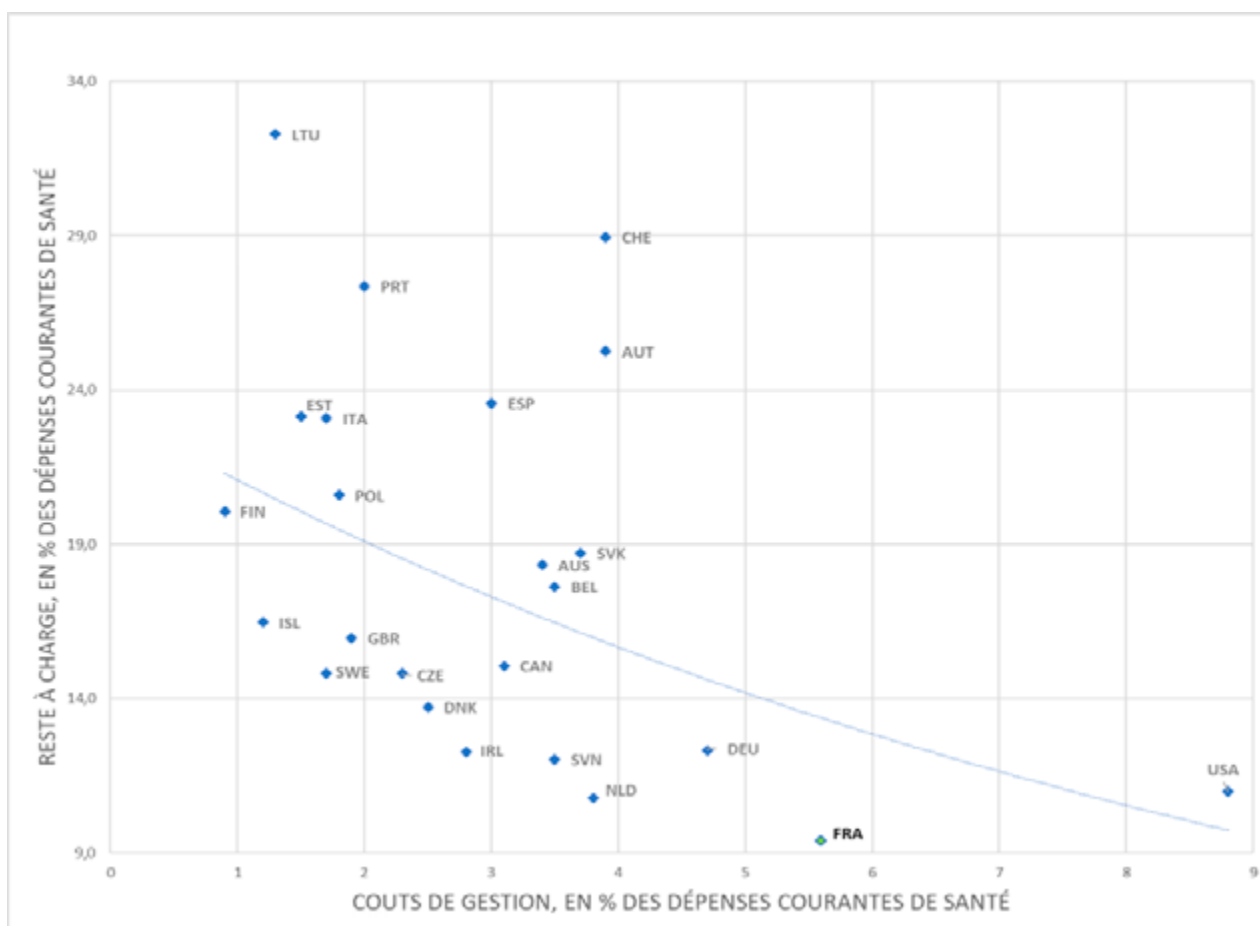
Les coûts administratifs des assurances obligatoires et complémentaires sont à peu près équivalents (Annexe 13) mais les assurances complémentaires financent une part bien moindre des dépenses de santé totales que les mutuelles. Leurs coûts comparativement élevés s'expliquent en partie par les frais de marketing et de recherche (Auvigné et al., 2013). Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont de trois sortes : les frais de gestion des sinistres, qui correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des dossiers et des contentieux) ; les frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) ; et les frais d'administration, qui retracent la gestion courante des contrats (encaissement des cotisations, administration des placements, réassurance) (DREES, 2019).

Toutefois ces frais présentés comme exorbitants et compressibles sont en fait la condition pour obtenir un faible reste à charge. À la lecture de la figure 57, on remarque que pour les pays de notre panel, il existe une corrélation négative entre coûts de gestion et reste à charge : lorsque les premiers augmentent, ils font mécaniquement diminuer le second.

Ainsi, ce qui est souvent présenté à tort comme une dérive systémique, voire un dérapage volontaire, des complémentaires est en fait une des conditions de la forte accessibilité financière de notre système.

³¹ La ventilation de ces dépenses est équivalente entre le secteur public et les acteurs privés (voir Annexe 12).

Figure 57. Corrélation entre coûts de gestion et reste à charge



Note : Les dépenses en gouvernance et administration des systèmes de santé (coûts de gestion) augmentent avec la diminution du reste à charge. Cela peut s'expliquer par le fait qu'avec un reste à charge faible, le plus grand pourcentage des dépenses en soins de santé est remboursé par l'État et par les organismes complémentaires. Il convient de prendre en compte le coût de chaque transaction qui comprend la prise en charge de l'assuré, le traitement de son dossier et la mise en place des démarches de remboursement.

II) Organisation actuelle du système de santé français

2.1. Structure organisationnelle et pilotage du système

Le système de santé français est composé de plusieurs structures ayant chacune une vocation particulière : structures ambulatoires pour les soins de ville ; structures sanitaires pour la prise en charge hospitalière ; et structures médico-sociales ou sociales, à destination des publics fragiles (personnes âgées ou handicapées).

En France, le système de santé repose sur le principe de liberté de choix du patient : chaque citoyen est libre de choisir son médecin traitant, son spécialiste, son établissement de santé, sa structure d'hébergement, que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé (Cleiss³², 2020).

Au niveau national, le pilotage des politiques publiques de santé est assuré par le ministère de la Santé et des Solidarités. Avec le ministère de l'Action et des Comptes publics, ils sont responsables du bon fonctionnement du système : ils pilotent et mettent en œuvre les politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire ; ils supervisent l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, ainsi que la formation des professionnels de santé ; enfin, ils assurent le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la tutelle des organismes d'assurance maladie (Cleiss, 2020).

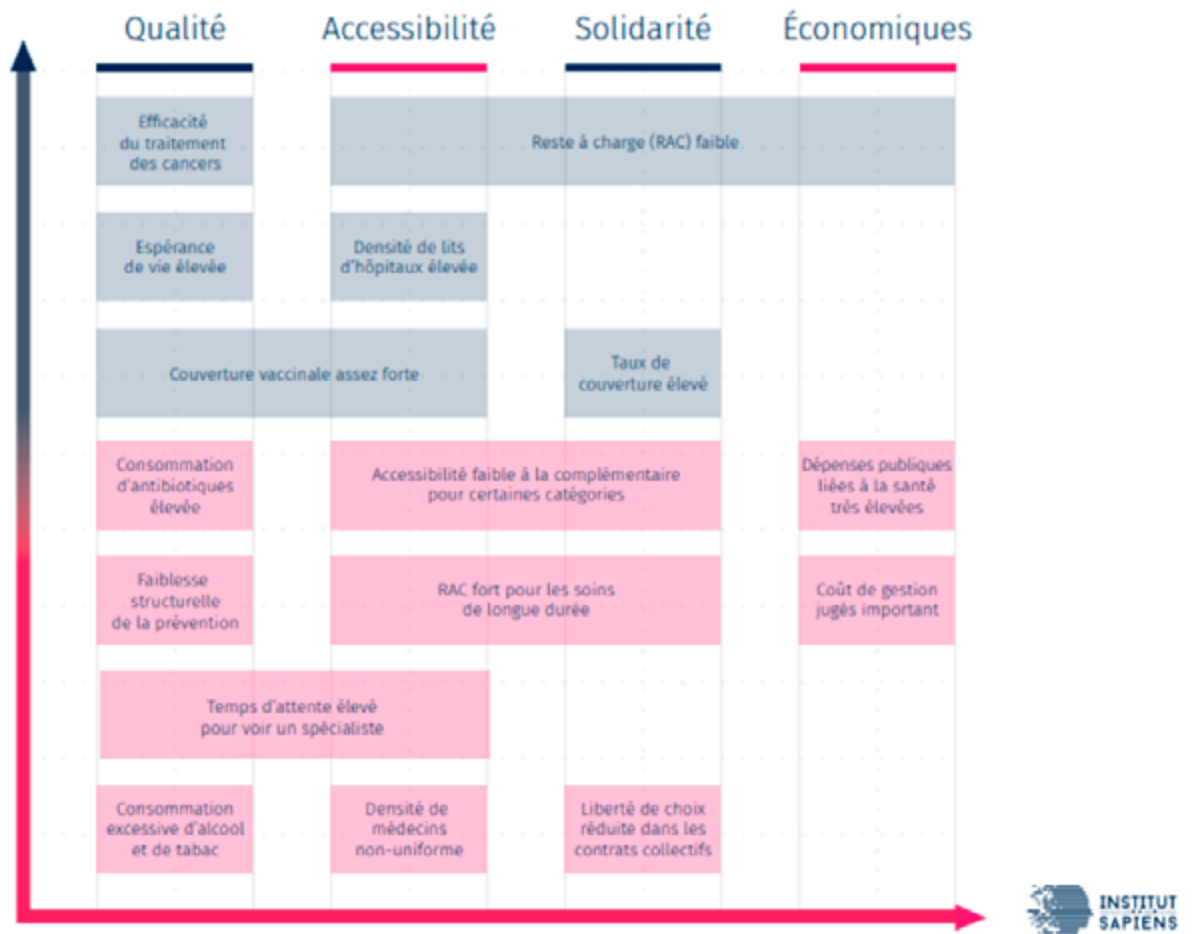
Au niveau régional, le pilotage est exercé par les agences régionales de santé (ARS) qui assurent la coordination des soins, l'accompagnement et la prévention. Elles garantissent également une gestion cohérente des ressources afin de permettre un accès identique de tous les patients à une prise en charge continue, sécurisée et de haute qualité (Cleiss, 2020). Ces structures dépendent directement du Ministère de la santé.

2.2. Forces et faiblesses du modèle français

Que l'on juge notre système sanitaire du point de vue de la qualité, de l'accessibilité, de la solidarité ou de l'aspect économique, la France peut s'enorgueillir de points forts indéniables mais doit aussi s'attacher à améliorer un certain nombre de points faibles.

32 Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

Figure 58. Cartographie des forces et des faiblesses du modèle français



Points forts du système français

Efficacité du traitement des cancers et des crises cardiaques

La France enregistre de bonnes performances dans le domaine des soins liés au cancer. Si le nombre de cancers enregistrés est le deuxième plus fort en Europe (derrière le Danemark), la France compense par ses performances médicales dans le domaine. Le taux de survie d'un cancer du côlon est supérieur à la moyenne : 63,7 %, contre 62,8 % en moyenne dans l'OCDE. Le taux de mortalité par crise cardiaque en France est un des plus bas de la zone OCDE (39 pour 100 000 habitants), bien que le nombre d'admissions à l'hôpital pour ce motif soit très important (Figure 4). Ces chiffres démontrent à nouveau que notre système sur-performe sur le plan curatif et sous-performe sur le plan préventif.

Espérance de vie élevée

L'espérance de vie est un des indicateurs les plus incontestables pour juger de la qualité d'un système de soins. Or l'espérance de vie en France figure parmi les plus élevées au monde, bien au-dessus de la moyenne OCDE (82,6 ans contre 80,7 ans).

Couverture vaccinale assez forte

La couverture vaccinale est élevée et progresse en France. Selon Santé publique France, la couverture pour le vaccin contre le méningocoque à 24 mois atteint 75,7 % en 2018. La couverture du vaccin hexavalent, qui protège (comme son nom l'indique) contre six maladies dont le tétanos et l'hépatite, est estimée à 98.6 % en 2018 contre 93.1 % en 2017. Quant à la couverture vaccinale pour la première dose du vaccin contre le pneumocoque, elle atteint 99,4 % en 2018 (+1,4 % en un an).

Reste à charge faible

Les dépenses de santé restant à la charge des patients en France sont les parmi les plus faibles de l'OCDE. En 2017, elles représentent seulement 9,4 % des dépenses totales de santé contre 20,5 % en moyenne pour la zone. De plus, les dépenses personnelles directes des ménages ne pèsent que 2 % dans leur consommation finale. Ainsi, grâce à l'existence des dispositifs d'assurances obligatoires et complémentaires, les dépenses directes en soins de santé ne représentent pas un fardeau financier pour les Français.

Densité de lits d'hôpital élevée

Si la démographie médicale de notre pays ne se distingue guère de la moyenne OCDE, le nombre de lits d'hôpital en France est nettement supérieur au reste de la zone (6,1 lits pour 1 000 habitants en France contre 4,7 lits en moyenne).

Taux de couverture élevé

La France figure parmi les pays où la couverture des soins de santé est de 100 %, ce qui signifie que toute la population est éligible aux services de base définis par l'OCDE. De plus, les Français sont bien couverts par les soins primaires. Cette couverture s'exprime par la probabilité de consulter un médecin en cas de besoin : 89 % des Français se disent sûrs de consulter en cas de besoin (78 % en moyenne au sein de la zone OCDE).

Forte mutualisation du risque

La coexistence en France d'acteurs privés et publics permet aux assurés de bénéficier d'une double protection : les soins primaires sont assurés par la Sécurité sociale et les soins secondaires sont couverts par la complémentaire. Cette mutualisation, qui peut être vue comme une relecture actuarielle de la loi des grands nombres, n'a de sens qu'au sein d'une population à risques « homogènes » (Charpentier, 2011). Cette dilution du risque par le partage, caractéristique du modèle français, assure à chaque citoyen un fort taux de couverture couplé à un faible reste à charge.

Points faibles du système français

Consommation d'antibiotiques élevée

La France reste un des mauvais élèves de l'Europe pour la consommation d'antibiotiques. Notre pays est le plus gros consommateur d'antibiotiques en Europe après l'Islande et la Pologne (23 doses quotidiennes pour 1 000 habitants contre 18,9 doses pour la zone OCDE). La consommation excessive des antibiotiques traduit une efficacité réduite des soins primaires hors prescriptions d'antibiotiques.

Consommation excessive d'alcool et de tabac

Plus d'un quart de la population âgée de 15 ans et plus fume quotidiennement, contre 18 % en moyenne dans la zone OCDE. La France est le troisième plus gros consommateur d'alcool après la Lituanie et l'Autriche (11,7 litres per capita et par an contre 8,9 litres en moyenne dans la zone OCDE). Le tabagisme et la consommation nocive d'alcool sont les causes les plus fréquentes de mortalité évitable et constituent un grave problème de santé publique en France.

Faible accessibilité à la complémentaire pour certaines catégories

Le reste à charge des ménages est relativement limité grâce à des dispositifs financés par les pouvoirs publics et les entreprises. Toutefois, les dépenses privées ne sont pas plafonnées et les différences entre les groupes de population demeurent importantes, notamment pour les chômeurs et les personnes âgées. Un meilleur partage des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires pourrait inciter à plus d'efficacité (OCDE, 2018). On observe également un problème d'accès à la complémentaire santé parmi les inactifs et les non-salariés, qui représentent 63,6% de la population totale³³.

Densité de médecins non-uniforme

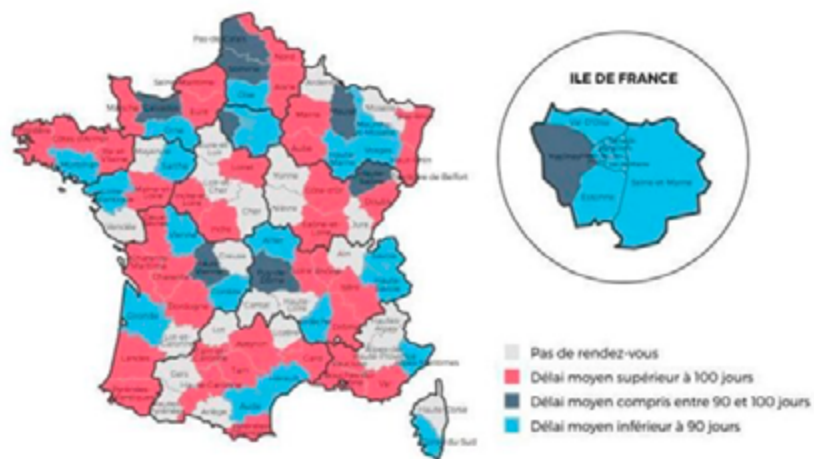
On observe une répartition assez inégale des praticiens en médecine générale et en médecine spécialisée sur l'ensemble du territoire national. Cette hétérogénéité a pour effet l'apparition de déserts médicaux. La faible densité des médecins dans certains départements entraîne l'augmentation du temps d'attente pour une visite médicale et rend impossible le recours à certains types de soins pour les patients les plus défavorisés.

³³ En 2019, le nombre des salariés s'élève à 25,4 millions de personnes (Insee, 2019), ce qui représente 36,4 % de la population totale, qui atteint 67 millions (Eurostat, 2020).

Temps d'attente pour voir un spécialiste élevé

Pour les patients français, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste est très élevé. Ainsi, 50 patients sur 100 déclarent avoir subi un temps d'attente de plus de quatre semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, contre 20 patients en Belgique et 27,3 en Suisse (OCDE, 2019). Un exemple parlant est celui du temps d'attente pour une consultation en dermatologie, qui atteint 95 jours en moyenne en France et plus de 100 jours dans plusieurs départements.

Figure 59. Délai moyen avant un rendez-vous avec un dermatologue en France par département (2018)



Source : Le Guide Santé, 2020.

Note : Les départements grisés indiquent des départements où la majorité des consultations sont sans rendez-vous

Fort reste à charge pour les soins de longue durée

Près de 40 % des dépenses liées au reste à charge concernent des soins de longue durée. Ce pourcentage est le plus élevé parmi les pays de l'OCDE ayant un niveau de dépenses de santé semblable en proportion du PIB. Cela signifie que les soins de longue durée sont fortement à la charge des ménages, ce qui représente un fardeau financier pour les malades concernés.

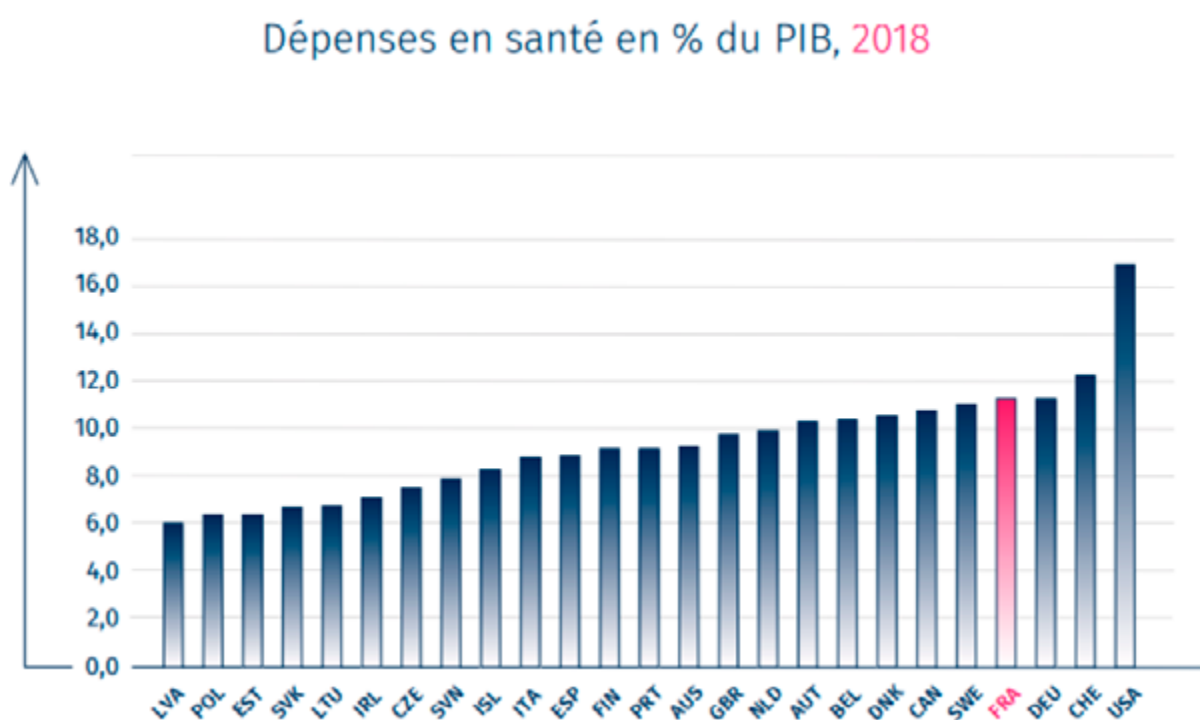
Une lisibilité à optimiser

Les contrats de santé émanant des organismes complémentaires sont complexes à lire pour 33 % des Français. Ces derniers comprennent mal l'ensemble des niveaux et conditions de remboursements proposés par leurs complémentaires santé³⁴. La compréhension des contrats par les assurés est encore complexifiée par l'excès d'acronymes et de termes peu explicites, ainsi que par la multitude des pourcentages des remboursements pour chaque type de soins. Cette difficulté de lisibilité a des racines systémiques. Elle résulte non d'une volonté commerciale des complémentaires de désinformer ou de duper leurs assurés mais d'une forte complexité du système. De l'aveu même des principaux acteurs du secteur, de nombreux efforts sont déployés pour améliorer cette lisibilité.

Dépenses totales du système de santé très élevées

Le système de santé français est un des plus coûteux parmi les pays de l'OCDE. En 2018, les dépenses de santé s'élèvent à 11,2 % du PIB, ce qui place la France bien au-dessus de la moyenne OCDE (8,8 % du PIB).

Figure 60. Classement des pays les plus dépensiers en santé



Source des données : OCDE, 2019.

³⁴ <https://fr.statista.com/statistiques/505069/comprehension-contrat-complementaire-sante-mutuelle-france/>

III) État actuel du système de santé français

3.1. Une importante disparité de l'offre médicale

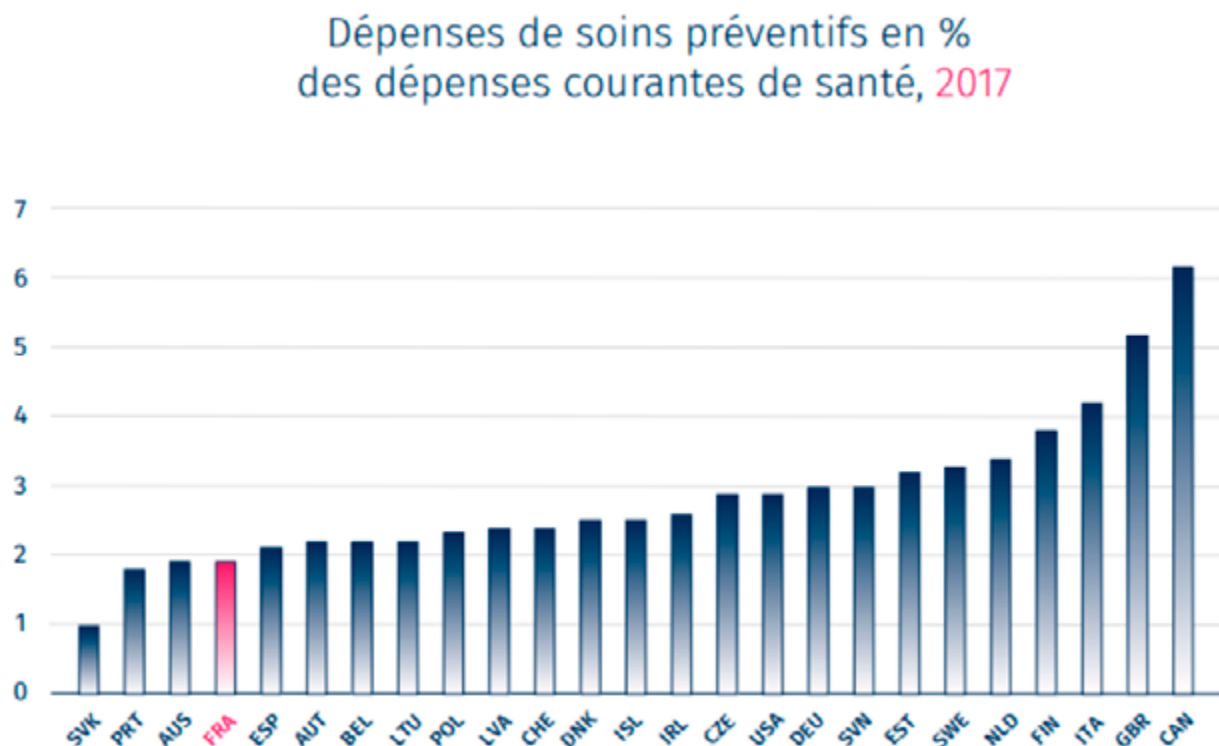
L'une des principales faiblesses du système de santé est celle de sa matrice de prévention. Cette carence est accentuée par une autre faiblesse structurelle, à savoir la répartition imparfaite de l'offre médicale sur notre territoire. Une telle situation génère des « clusters » de comportements à risque où l'on observe une prédominance de certaines pathologies.

Densité de médecins et prévention

Une répartition plus homogène à travers le pays des médecins (généralistes et spécialistes), est essentielle pour garantir une offre appropriée de soins de ville ainsi qu'une meilleure coordination avec les hôpitaux et les autres prestataires de soins primaires (OCDE, 2016). Une meilleure répartition géographique des soignants est également cruciale pour garantir l'efficacité d'une politique de prévention accrue.

Comme la première partie de cette étude a permis de le démontrer, le système de santé français affiche des performances insatisfaisantes en termes de prévention. **Des programmes nationaux de sensibilisation sont certes déployés, mais l'organisation actuelle de notre système de santé ne semble pas donner à la prévention toute la part qu'elle mérite.** Ces dernières années, les dépenses hospitalières et de soins primaires augmentent rapidement, alors que les dépenses au titre de la prévention institutionnelle stagnent, notamment par rapport aux dépenses totales de santé (OCDE, 2018). De plus, en France le niveau des dépenses de soins préventifs reste un des plus bas parmi les pays étudiés, puisqu'il n'atteint que 1,9 % des dépenses courantes de santé, contre 6,2 % au Canada ou 5,2 % au Royaume-Uni.

Figure 61. Classement des pays selon leurs dépenses liées à la prévention



Source des données : OCDE, 2020

La faiblesse des dépenses de soins préventifs en France se ressent directement sur les comportements et notamment la consommation excessive de tabac et d'alcool, principales causes des décès prématurés et de mortalité évitable.

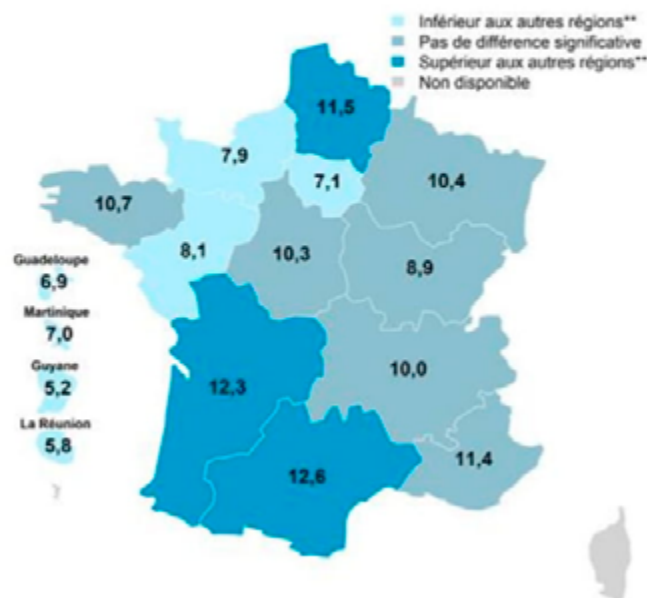
Le tabagisme quotidien, qui demeure particulièrement élevé chez les jeunes (Spilka et al., 2015), est à l'origine de 78 000 décès par an (Ribassin-Majed et Hill, 2015). Quant à la consommation d'alcool, elle est à l'origine de quelque 41 000 décès par an en France (Santé publique France, 2019). Selon Santé Publique France (2019), 1,2 % et 3,1 % des passages aux urgences sont en lien direct avec une consommation d'alcool (Annexe 14). Le niveau relativement bas des dépenses de prévention peut ainsi entraîner une hausse des coûts budgétaires à long terme, ainsi qu'une dégradation du bien-être des populations défavorisées « En effet, la consommation d'alcool et de tabac et l'obésité sont plus fréquentes chez les ménages les plus modestes. Néanmoins, ces publics étant plus difficiles à toucher par les campagnes de prévention traditionnelles, il conviendrait de développer de nouvelles méthodes ciblées à leur destination. » (OCDE, 2018).

Pour endiguer cette tendance, les autorités ont élaboré plusieurs stratégies : augmentation régulière des taxes sur le tabac (Annexe 15) et des prix de l'alcool (Annexe 16), par exemple, ou mesures pour restreindre la publicité pour les boissons alcoolisées et le tabac. Les partenaires conventionnels sont d'ailleurs partie prenante de la stratégie de prévention déployée par notre pays : la prévention des conduites addictives (tabac-alcool) figure parmi leurs engagements, tout comme la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants. Une politique qui doit être complétée par un meilleur ciblage dans la prévention de ces comportements à risque, afin de mieux toucher les publics les plus concernés.

L'élaboration de la politique de prévention doit aussi prendre en compte les différences régionales. Ainsi, la consommation d'alcool n'est pas la même dans toutes les régions françaises (Figure 62). En moyenne, la consommation quotidienne d'alcool en France concerne 10 % des adultes. Cependant trois régions enregistrent une consommation quotidienne plus importante que les autres : il s'agit des Hauts-de-France (11,5%), de la Nouvelle-Aquitaine (12,3%) et de l'Occitanie (12,6%).

Figure 62. Consommation quotidienne d'alcool par région

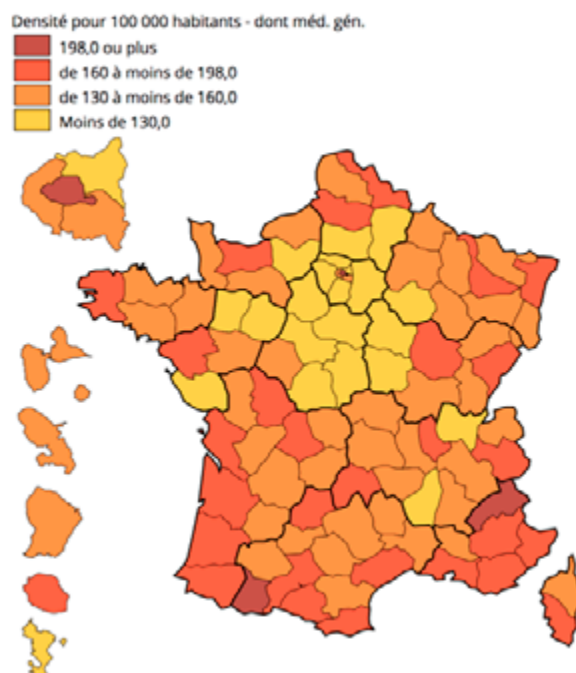
Prévalences régionales standardisées de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014*



Source : enquête emploi INSEE 2016 – santé Publique France

Dans ce contexte, une amélioration du ciblage et du suivi des programmes de prévention est indispensable. Toutefois, la prévention ne peut être efficace sans le relais des professionnels de santé et des associations. Ainsi la densité des professionnels de

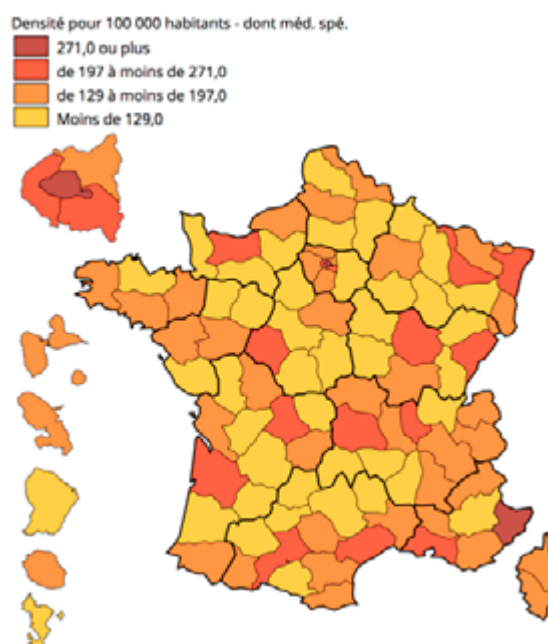
Figure 64. Densité de médecins généralistes en 2017



Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; INSEE, estimations de population.

On observe la même disparité géographique pour les spécialistes et les personnels paramédicaux indépendants, puisque la plupart des praticiens sont libres de fixer leurs tarifs et ont tendance à se concentrer dans les zones urbaines plus amples où les ménages peuvent se permettre des frais additionnels (ONPV, 2016). La densité moyenne des médecins spécialistes s'élève à 174 pour 100 000 habitants (OCDE, 2019). Elle varie fortement entre les départements pour atteindre 600 à Paris, quand elle n'est que de 117 dans le Pas-de-Calais.

Figure 65. Densité de médecins spécialistes en 2017



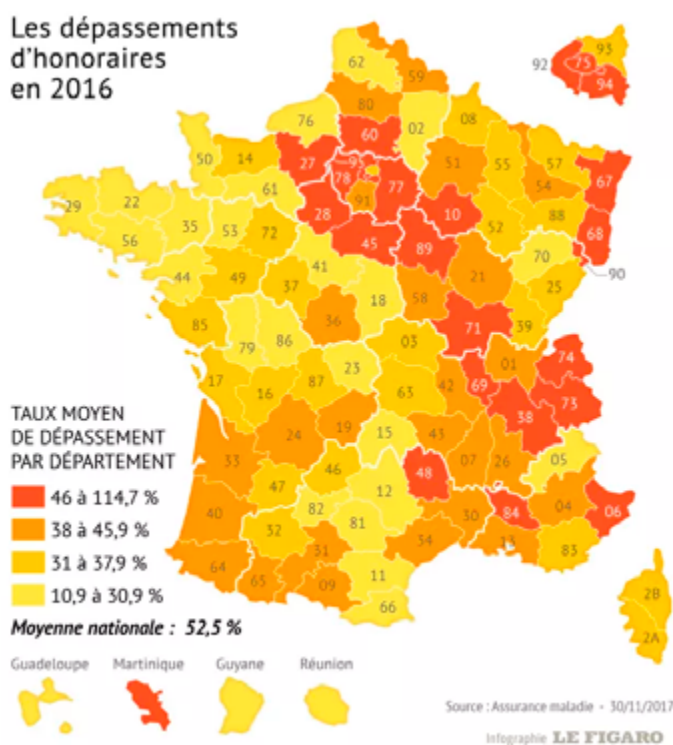
Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; INSEE, estimations de population.

Il existe ainsi d'importantes disparités locales en termes de densité des professionnels de santé et l'offre de soins primaires devrait être mieux adaptée aux besoins locaux.

De plus, les dépassements d'honoraires occasionnés par la liberté tarifaire génèrent leur propre géographie. Sur un total annuel de 2,66 milliards d'euros de dépassement d'honoraires, 93 % concernent les spécialistes. On estime que plus de 17 % des spécialistes libéraux et 32 % des spécialistes conventionnés secteur 2³⁵ pratiquent des dépassements d'honoraires³⁶. Les gynécologues-médicaux sont les plus concernés, avec un taux de dépassement d'honoraires de 98,2 %, suivis par les gériatres (93 %), les neuro-psychiatres (73 %) et les stomatologues (72 %)³⁷.

Nous observons ainsi que la carte des dépassements médicaux (figure 66) semble corrélée à celle de la répartition des spécialistes sur le territoire (figure 65). La densité de médecins spécialistes sur un territoire accentue donc la probabilité de les voir pratiquer des dépassements d'honoraires. Paradoxalement, un accès facilité à un professionnel coûte plus cher au patient. L'accessibilité géographique pourrait donc constituer un facteur de restriction de l'accessibilité financière à la santé.

Figure 66. Les dépassements d'honoraires des spécialistes par département



³⁵ Les médecins conventionnés secteur 2 peuvent fixer librement leurs honoraires, et ainsi pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité Sociale.

³⁶ Source : Assurance Maladie.

³⁷ Source : Observatoire des pratiques tarifaires

Encadré 8. Le marché des médicaments en France : une régulation complexe

En France, le chiffre d'affaires des médicaments en 2018 atteint presque 56 milliards d'euros, dont 49 % à l'exportation (Leem, 2020).

En Europe, on distingue trois systèmes de fixation du prix du médicament : la liberté de prix, dont l'exemple est le Royaume-Uni ; la négociation, qui est la règle en France ; et la fixation par référence au prix pratiqué dans d'autres pays, qui est généralement adoptée en Europe centrale et en Europe de l'Est, dans les pays de plus petite taille.

En France, la régulation économique du médicament s'effectue dans un cadre conventionnel entre État et industrie pharmaceutique. L'accord-cadre détermine les modalités de négociation du prix des médicaments remboursables, entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires, et constitue un des éléments fondamentaux de la politique conventionnelle. Cet accord contient aussi des dispositions contraignantes pour l'industrie.

Néanmoins, ces dernières années, la diversité des mécanismes actionnés par les pouvoirs publics (CEPS, Uncam) – comme les baisses de prix, les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) et les référentiels de bon usage – renforce le contrôle de la dépense et, par conséquent, bornent la croissance du chiffre d'affaires. Le durcissement des critères d'évaluation par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé contribue également à cette dynamique (Leem, 2020). Dans le cadre de la LFSS³⁸, un taux de croissance du chiffre d'affaires des médicaments est déterminé. Il était de - 1,0 % en 2015 et en 2016, ce qui constituait un signal désincitatif pour l'investissement en France.

3.2. S'appuyer sur les acteurs existants

Le système de santé est complexe car des financements et des services assurés par les secteurs public et privé s'y mêlent. Malgré un cadre budgétaire sain, le manque de coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires limite le contrôle des dépenses et crée des disparités de couverture et d'accès aux soins (OCDE, 2019). Les différences de couverture selon les maladies et les groupes sociaux montrent la nécessité de prêter davantage attention à la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire (OCDE, 2018).

38 Loi de financement de la Sécurité sociale.

Il convient tout d'abord d'améliorer l'accès aux assurances complémentaires pour les retraités, les ménages pauvres ou les individus en situation irrégulière. Les autorités ont pris plusieurs mesures en ce sens, notamment avec la création de la complémentaire santé solidaire³⁹ (CSS) qui donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, sous certaines conditions d'âge et de ressources. Le forfait de frais de gestion de ce dispositif a été fixé à 32 € par le projet de loi de finances 2020⁴⁰. La mise en place d'une telle mesure contribue à un accès plus facile aux assurances complémentaires.

Toutefois les effets de cette mesure restent limités pour les plus vulnérables : les chômeurs, les primo-arrivants sur le marché du travail et les travailleurs âgés continuent à avoir plus difficilement accès à l'assurance complémentaire (Annexe 17). Selon le baromètre annuel publié par la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim), 10 % des Français n'avaient pas de complémentaire santé en 2018 (contre 7 % en 2017) et ces pourcentages sont beaucoup plus élevés chez certaines parties de la population.

C'est chez les jeunes que le taux de couverture par la complémentaire est le plus bas. Seuls 67 % des 18-24 ans déclaraient être couverts par une complémentaire santé en 2018 (contre 75 % en 2017). C'était également le cas pour 69 % des étudiants, contre 85 % un an plus tôt. Ceci peut être dû au fait que depuis la rentrée universitaire 2019, les nouveaux étudiants sont directement affiliés à la Sécurité sociale, alors que la souscription à une mutuelle étudiante était auparavant nécessaire pour bénéficier du régime étudiant de la sécurité sociale.

Les foyers aux revenus les plus modestes (moins de 20 000 euros par an) sont aussi moins couverts par une complémentaire santé que le reste de la population. En 2018, ils n'étaient plus que 80 % à déclarer disposer d'une couverture, contre 84 % en 2017 (Fnim, 2019). De plus, les ménages des quartiers défavorisés ont moins de chances d'être titulaires d'une assurance complémentaire que la population générale (ONZUS, 2015). Cela pourrait être malheureusement un des effets pervers de la loi de sécurisation de l'emploi. Bien que cet accord ait facilité la couverture des actifs, il n'a pas réussi à gommer totalement la dichotomie existante sur le marché du travail entre *insiders* et *outsiders*.

Dans ce contexte, il importe de réaffirmer le rôle des organismes complémentaires, et des mutuelles en particulier, dans le système de santé français. Il faut tout d'abord souligner l'importance du

³⁹ La CSS remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) à partir du 1er novembre 2019.

⁴⁰ Si ce niveau n'est pas réhibitioire, il ampute toutefois la soutenabilité économique de ces contrats pour les complémentaires.

financement de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) par les complémentaires. En 2018, la CSBM totale s'élève à 203,5 milliards d'euros, ce qui représente 8,6 % du PIB. L'ensemble des complémentaires finance à son tour 13 % de la CSBM, soit 1,16 % du PIB. Il est à souligner que la moitié de ce financement est effectué par les mutuelles (13,629 milliards euros en 2018), ce qui représente près de 0,6 % du PIB.

Encadré 9. Ne pas oublier le rôle du patient

Le patient est un acteur central du système, qui est conçu et fonctionne pour lui. Le fort taux de couverture, la grande accessibilité et le faible coût patient (matérialisé par un faible reste à charge) ne doivent pas générer une incitation à recourir plus que de raison aux soins médicaux. Le patient doit avoir une approche raisonnée et raisonnable de l'accès à la santé. Il ne faut pas que les points forts du modèle actuel poussent à augmenter la consommation de soins, ce qui affaiblirait irrémédiablement le système global et mettrait sa pérennité en péril. Une éducation civique et sanitaire est indispensable pour garantir que le recours aux soins se limite aux cas où cela est indispensable.

L'importance des mutuelles et des organismes complémentaires en général peut également être démontrée par les inconvénients d'un système qui serait entièrement financé par l'État. Tout d'abord, une telle alternative serait très coûteuse. En effet, si les mutuelles étaient retirées du système de santé, l'État devrait prendre en charge 13,6 milliards d'euros, soit 0,58 % du PIB. Si le secteur des organismes complémentaires dans son ensemble ne prenait en charge aucune dépense de la CSBM, la charge financière de l'État augmenterait de 1,16 % du PIB. Finalement, le passage à un système de santé entièrement financé par l'État (financement par la Sécurité sociale et les collectivités locales, hors financement par les organismes complémentaires et les ménages) coûterait à l'État 41,58 milliards d'euros, ce qui représente presque 1,8 % du PIB. Ce calcul est effectué sans prise en compte des taxes, des cotisations et des effets des réseaux. Ainsi, un système 100 % Sécurité Sociale serait une solution particulièrement coûteuse pour la puissance publique.

Figure 67. Evaluation de la ventilation de la CSBM

Dépense	Montant (en milliers d'euros)	En % de la CSBM	En % du PIB
CSBM	203 500	100%	8,6%
<i>Dont Organismes complémentaires</i>	27 335	13%	1,16%
<i>Dont Mutuelles</i>	13 629	6,7%	0,58%
<i>Dont Reste à charge</i>	14 245	7%	0,6%

Un des avantages du secteur des complémentaires repose dans le principe de l'approche individuelle. Pour un assuré avec des besoins spécifiques, souscrire un contrat complémentaire peut être synonyme de meilleur traitement, puisque ce dernier le fait profiter d'une approche préventive et personnalisée. Ce point est essentiel dans la mesure où les besoins des patients ne sont pas les mêmes selon leur état de santé ou la présence de pathologies lourdes, de maladies rares, d'affections de longue durée et d'autres besoins particuliers. De plus, les garanties offertes par un contrat de complémentaire santé peuvent être complétées par la souscription de renforts. Il s'agit soit d'une option plus couvrante, soit d'un contrat distinct de surcomplémentaire. En 2016, 2,4 millions de personnes non couvertes auparavant ont souscrit à une complémentaire (DREES, 2019). La présence des assureurs privés dans le système de santé est incontournable puisque ce sont eux qui prendront en charge plus efficacement certains types de soins tout en répondant aux besoins des patients. Ainsi, un système sans secteur privé ne permettrait pas une couverture totale de la population, en raison de la difficulté de la prise en charge des pathologies lourdes et des soins atypiques.

Enfin, un système entièrement étatique serait très **centralisé**. Au contraire, le secteur des mutuelles fonctionne avec une approche territorialisée. Cet échelon semble plus pertinent dans la mesure où les besoins des patients sont différents selon les régions.

Outre son coût élevé, un système étatisé n'est pas un gage de grande qualité pour l'ensemble des assurés. Le cas du Royaume-Uni en est une bonne illustration. 79 % des dépenses de santé y relèvent d'un régime public étatisé (Figure 1). Toutefois le système de santé britannique est confronté à un sous-financement permanent depuis le début des années 1980, ce qui a débouché sur un rationnement dans l'accès à l'hôpital. Le nombre de lits d'hôpital au Royaume-Uni

est un des plus bas parmi les pays étudiés : 2,5 pour 1 000 habitants, contre 4,8 dans la zone OCDE ou encore 6 pour la France (Figure 23). De plus, depuis longtemps, la dotation en équipement lourds est plus faible que sur le continent. Ainsi le nombre de tomodensitomètres et appareils d'IRM est le plus bas parmi les pays de l'OCDE étudiés : 17 unités par million d'habitants contre 32 en France et 43 au niveau de l'OCDE (Figure 24). Enfin, et surtout, les phénomènes de file d'attente sont importants pour toutes les opérations jugées « non pertinentes », qu'il s'agisse d'opérations programmables jugées non urgentes (prothèse de la hanche, cataracte, prostatectomie par exemple) ou d'opérations exceptionnelles et risquées (grosses interventions vasculaires et cardiaques). En 2018, près de 32 % des patients britanniques connaissent un temps d'attente de plus de 3 mois entre l'évaluation du spécialiste et le traitement pour une chirurgie de la cataracte. Une attente qui concerne également 47,5 % des patients en attente d'une prothèse totale de hanche (contre 9,9 % au Danemark) (OCDE, 2020). En outre, les patients très âgés et ayant une espérance de vie réduite se voient souvent refuser l'accès à ces soins onéreux.

Ainsi, l'orientation de la politique de santé vers une meilleure couverture de la population par les organismes complémentaires est indispensable. Améliorer la coordination entre prestataires de soins et acteurs de la prévention pourrait favoriser l'adoption de modes de vie plus sains et renforcerait les performances sanitaires à moyen terme.





Conclusion

On prétend souvent que notre système de santé serait le meilleur au monde. Hélas, cette affirmation ne résiste pas aux faits. Le système français peut certes se prévaloir de performances indéniables, que ce soit pour la qualité des soins ou pour son accessibilité financière. La comparaison des différents systèmes de santé au sein de l'OCDE pointe cependant une réalité cruelle : les Français n'en ont pas pour leur argent. Parmi les pays analysés dans notre étude, la France est première pour les dépenses, mais se classe seulement au 13^{ème} rang en termes de performance.

Notre système de santé souffre notamment de ses faibles résultats en matière de prévention : la mauvaise performance française en termes de prévention est une des principales causes de sa sous-performance globale. Consommation de tabac et d'alcool, obésité, maladies mentales, cancers et maladies cardiovasculaires, sur tous ces indicateurs, la sous-efficience de notre système de prévention est patente. Pourtant, le vieil adage n'a rien perdu de sa pertinence : *mieux vaut prévenir que guérir*. De faibles résultats sur la prévention se traduisent à terme par des dépenses de santé plus importantes.

Est-ce une simple question de budget ? On feint parfois de croire que tous les problèmes de notre système de santé viennent du manque de moyens qui lui sont alloués. Si tel est le cas, comment expliquer que certains de nos voisins européens – Suisse, Suède et Pays-Bas – affichent des performances nettement supérieures aux nôtres, tout en accordant une part similaire de leur PIB au secteur de la santé ?

Au réflexe pavlovien (et typiquement français) de la dépense supplémentaire, nous devons donc substituer une logique de réforme structurelle en capitalisant sur les avantages comparatifs de notre système. L'amélioration de la prévention n'est pas une simple question d'argent : c'est avant tout une question d'organisation et de volonté⁴¹. Il faut le dire et le répéter : nous ne perfectionnerons pas notre système de santé en actionnant le seul levier budgétaire.

Pour répondre aux défis à venir, notre système doit se moderniser, en s'appuyant sur ses atouts, à savoir son faible reste à charge et son fort taux de couverture – deux points forts qui résultent de la coexistence d'acteurs privés et publics, chacun dans son rôle et dans sa mission. Cette hybridation constitue une des points sur lesquels nous devons capitaliser pour améliorer la performance de notre modèle de santé.

La complémentarité des acteurs est une caractéristique cruciale à préserver. Rappelons-le : un système de type 100 % sécurité sociale serait très coûteux sans être nécessairement plus efficace pour les patients. Il ne garantirait pas davantage des progrès sur nos carences en termes de prévention, dont la performance dépend directement du niveau de dépenses non-pilotables.

À l'inverse, une articulation intelligente entre complémentaires et Sécurité Sociale permettrait à cette dernière de déléguer certaines tâches et missions sanitaires essentielles, à moindre coût pour les finances publiques. Ces acteurs privés profitent par nature de leur décentralisation et de leur ancrage local pour répondre aux besoins spécifiques des territoires et optimiser leurs actions. Il s'agit d'une opportunité pour développer des politiques adaptées aux nécessités locales et ainsi d'apporter des réponses personnalisées selon les bassins de population. Cette spécificité du modèle français est un trésor qui se doit d'être préservé.

Pour améliorer le système de soin français, il est donc essentiel de basculer les dépenses de prévention sur la part pilotable des dépenses de santé. Copions donc nos voisins les plus efficaces en la matière et laissons les organismes complémentaires piloter et gérer cette part essentielle, car elles sont les plus à même de l'optimiser grâce à leur agilité, leur proximité et leur territorialité. Il faut définir une meilleure répartition des rôles sanitaires dans notre système : les soins primaires doivent être impérativement gérés par l'État, tandis que les soins secondaires, dont la prévention, doivent être délégués aux organismes complémentaires.

⁴¹ Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie est d'ailleurs très clair sur ce point, dans son avis du 28 juin 2017 : « avant d'être une question de moyens, le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique ».

Il est indispensable de trouver un équilibre financier cohérent et participatif entre les parties prenantes de notre système, notamment dans le partage équitable des missions et des tâches liées à la prévention et au soin. Cet équilibre doit également couvrir le partage des dépenses et des investissements en la matière. Si les complémentaires prennent à leur charge toute la politique de prévention, alors il est essentiel que la puissance publique – qui en tirera d'importants bénéfices sur le temps long : baisse des dépenses de santé, diminution des taux de maladies chroniques, augmentation de l'espérance de vie – définisse un moyen pour atténuer l'effort de financement réalisé.

Cet équilibre pourrait se baser sur la capacité des complémentaires à atteindre certains objectifs qualitatifs et quantitatifs, que ce soit dans l'innovation en prévention (en se basant sur des solutions technologiques, sur le taux de couverture des actions développés) ou encore sur l'incitation directe des publics ciblés à adopter un comportement plus vertueux et moins susceptible d'accentuer certains risques de maladies chroniques.

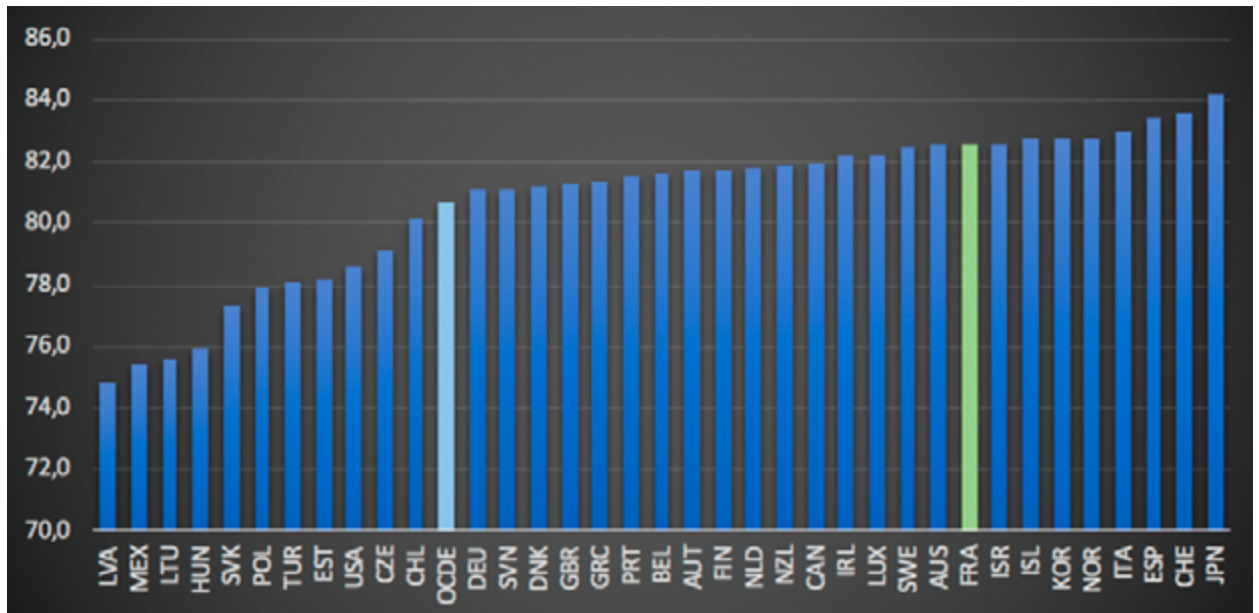
Cette contractualisation entre opérateurs privés et puissance publique doit être au fondement des réformes à venir. Loin de la table rase, sachons bâtir sur nos atouts !





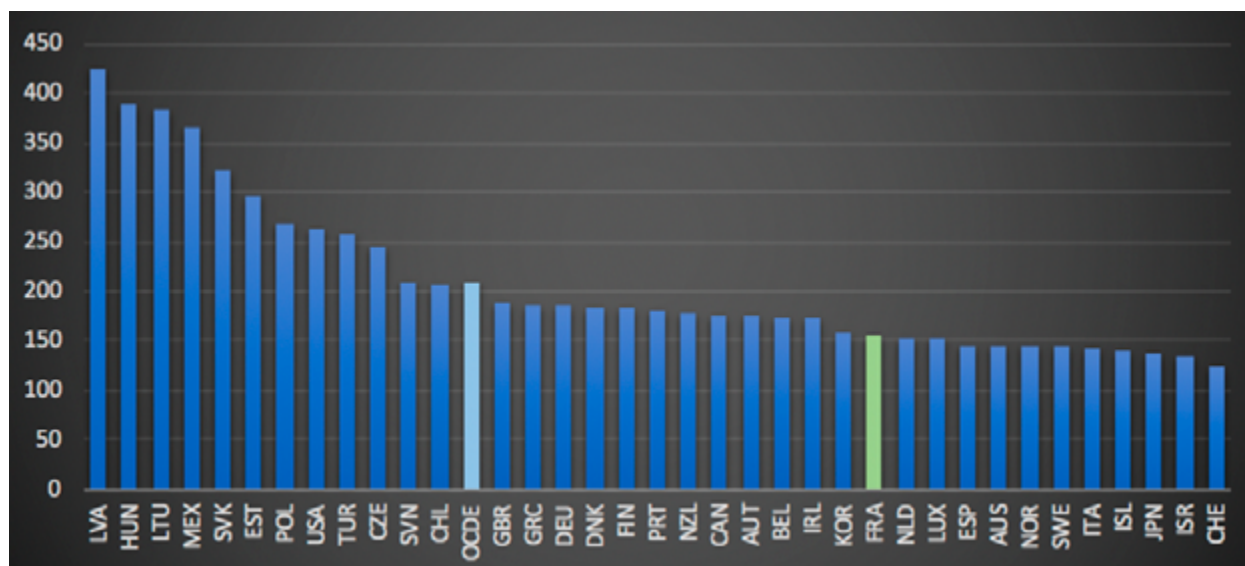
Annexes

Annexe 1. Espérance de vie à la naissance – 2017



Source : OECD Health Statistics 2019 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=6d427702-ac93-4c15-b4b5-802a35336bb2&themetreeid=9>)

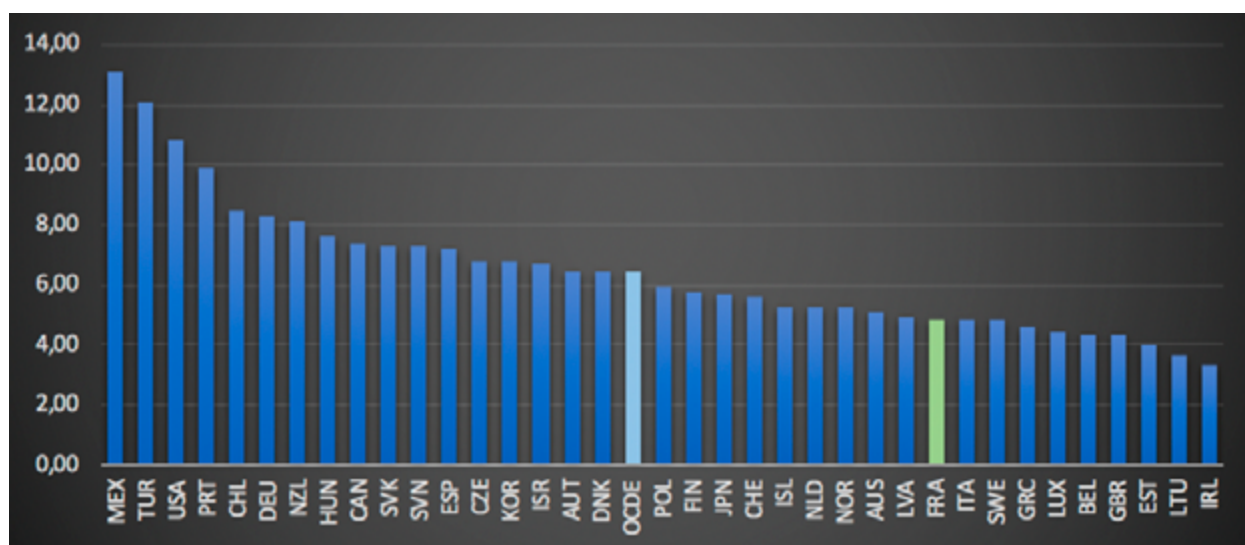
Annexe 2. Mortalité évitable, nombre de décès par 100 000 habitants* – 2017



* Normalisé selon l'âge

Source : OECD Health Statistics 2019 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=6d427702-ac93-4c15-b4b5-802a35336bb2&themetreeid=9>)

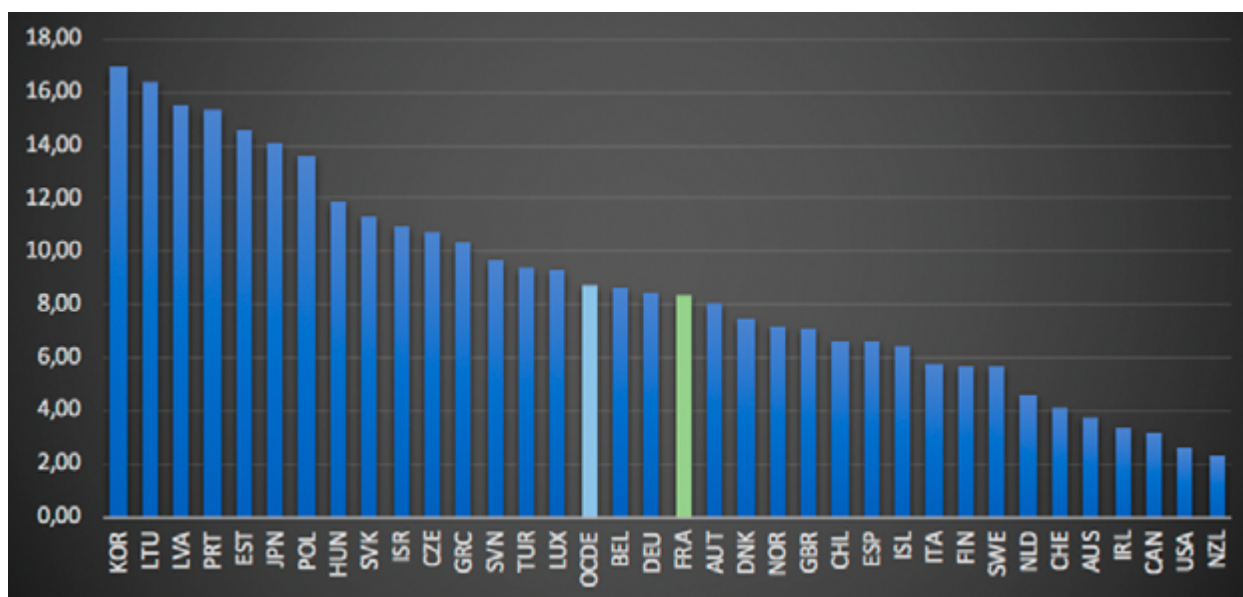
Annexe 3. Morbidité liée aux maladies chroniques (prévalence du diabète, % des adultes*) - 2017



* Normalisé selon l'âge

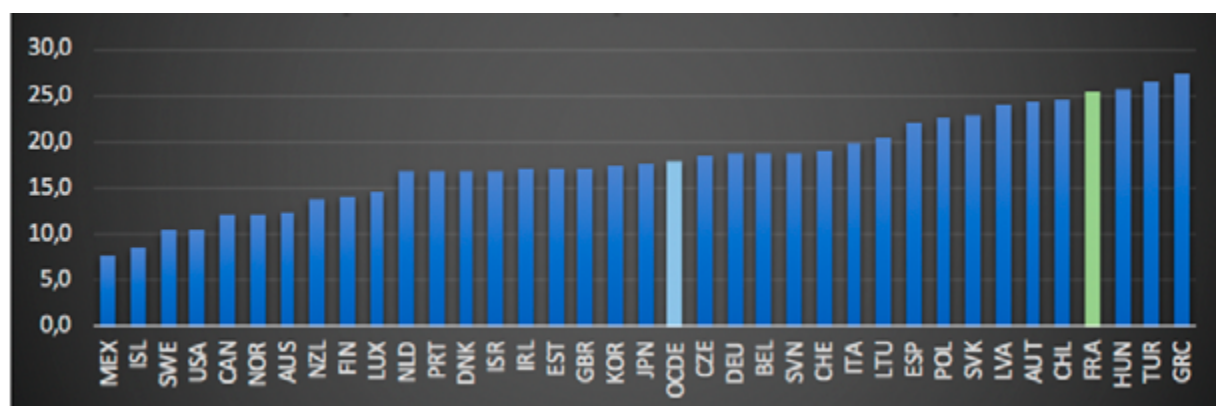
Source : OECD Health Statistics 2019 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=6d427702-ac93-4c15-b4b5-802a35336bb2&themetreeid=9>)

Annexe 4. Santé auto-évaluée (population en mauvaise santé, % de la population de 15 ans et plus) – 2017



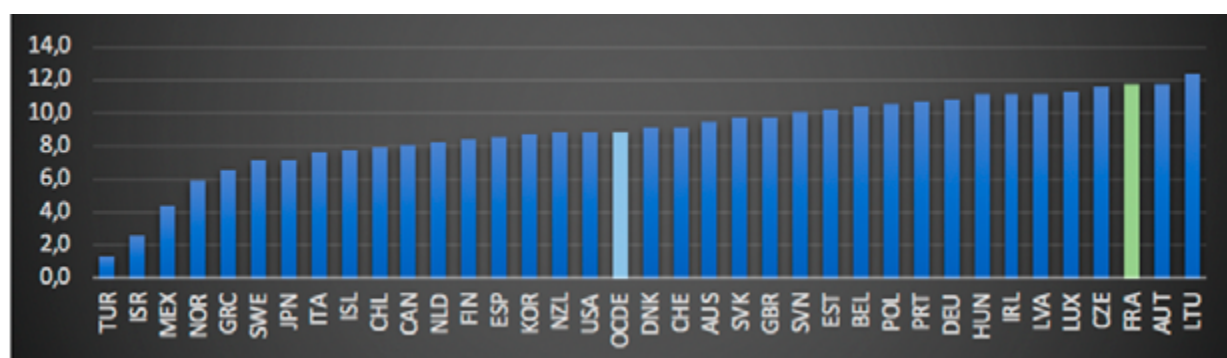
Source : OECD Health Statistics 2019

Annexe 5. Consommation de tabac (% de la population âgée de 15 ans et plus fumant quotidiennement) - 2017



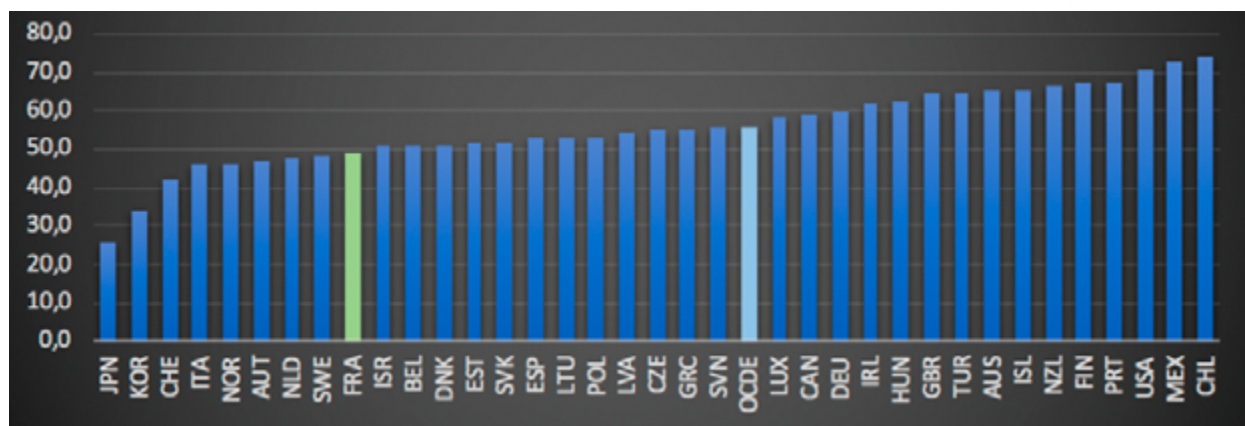
Source : OCDE Health Statistics 2019

Annexe 6. Consommation d'alcool pur (litres per capita, pour les personnes âgées de 15 et plus) - 2018



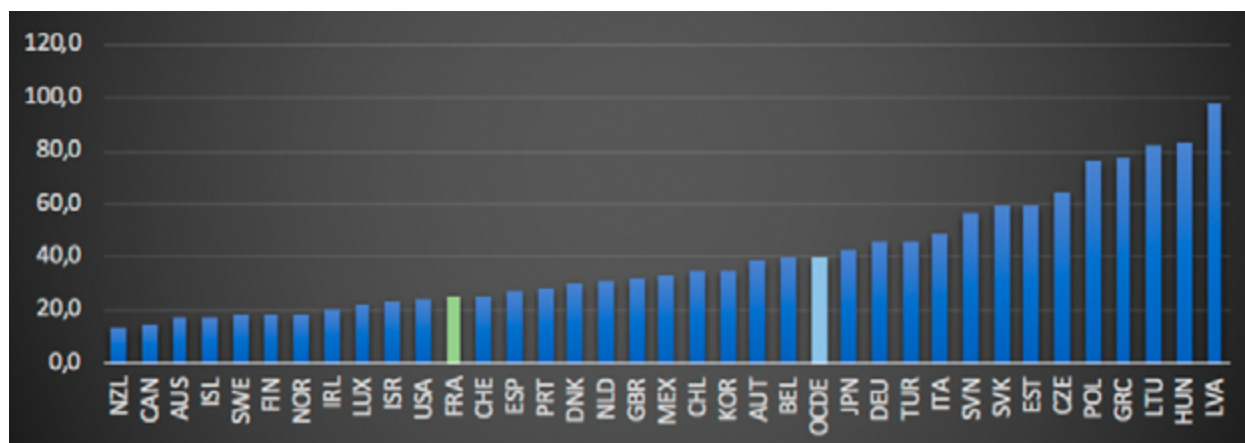
Source : OCDE Health Statistics 2019

Annexe 7. Surpoids et obésité (part de la population don't l'IMC est supérieur à 25, en % de la population âgée de 15 et plus) - 2018



Source : OCDE Health Statistics 2019

Annexe 8. Indice de pollution de l'air (nombre de décès dus à la pollution, pour 100 000 habitants)



Source : OCDE Health Statistics 2019

Annexe 9 : Méthodologie

- Constitution de 5 groupes d'indicateurs mesurant les caractéristiques suivantes : qualité, accessibilité financière, accessibilité géographique, couverture, prévention.
- Un indice composite mesure la performance pour chaque groupe d'indicateurs. Chaque indice composite contient plusieurs variables simples (de 2 à 7 par groupe). 1 graphe pour chaque variable simple pour définir le classement et le positionnement de la France. La barre France est en vert quand ses performances sont meilleures que celles de la zone OCDE et en rouge dans le cas inverse. Le classement va de la gauche (moins bon) à droite (meilleur) pour toutes les variables simples.

- Un indice de 1 à 5 est attribué à chaque variable simple.
- La somme des indices des variables simples et leur classement selon 3 niveaux de performances (faible, moyenne, forte).
- Cartographie d'un indicateur composite de performance pour chaque groupe d'indicateurs.
- Présentation des performances selon l'ampleur et les modes de financement des dépenses en système de santé. Trois graphiques démontrant la corrélation entre le niveau de performance et :
 - o Les dépenses totales de santé, en % du PIB
 - o Le financement des dépenses non-pilotables (Régime public/Assurance santé obligatoire), en % des dépenses totales de santé
 - o Le financement des dépenses pilotables (Assurance volontaire/Reste à charge), en % des dépenses totales de santé
- Définition des systèmes les plus performants (somme de tous les indices composites).

Les données utilisées pour la comparaison des 5 indicateurs de performance sont issues des différents rapports de l'OCDE : *Panorama de la santé* (2017), *Health at a Glance : OECD Indicators* (2017), *France : Améliorer l'efficacité du système de santé* (2018), *Health Statistics* (2019) et *Health at a Glance : OECD Indicators* (2019).

Les indicateurs choisis pour construire nos indicateurs composites sont représentatifs des différentes performances étudiées. Ils ont été sélectionnés pour donner la représentation la plus large et la plus fidèle possible du critère analysé. Le score d'un indicateur composite d'un pays est fonction du score dudit pays dans les différents sous-indicateurs. L'agrégation des différentes notes pour un pays étudié offre ainsi un score global qui permet de le situer dans nos différents classements. Chaque indicateur a une pondération équivalente dans la construction de l'indicateur composite.

La construction du classement global des pays selon les performances de leur système de santé est faite par l'agrégation des notes liées à nos 5 indicateurs composites. La pondération a été équivalente entre les différents critères.

Annexe 10 : Codes ISO correspondant aux pays de l'OCDE

AUS	Australie
AUT	Autriche
BEL	Belgique
CAN	Canada
CHE	Suisse
CZE	République tchèque
DEU	Allemagne
DNK	Danemark
ESP	Espagne
EST	Estonie
FIN	Finlande
FRA	France
GBR	Grande Bretagne

IRL	Irlande
ISL	Islande
ITA	Italie
JAP	Japon
LTU	Lituanie
LVA	Lettonie
NLD	Pays-Bas
POL	Pologne
PRT	Portugal
SVK	République slovaque
SVN	Slovénie
SWE	Suède
USA	États-Unis

Annexe 11 : Financement des organismes complémentaires en 2018

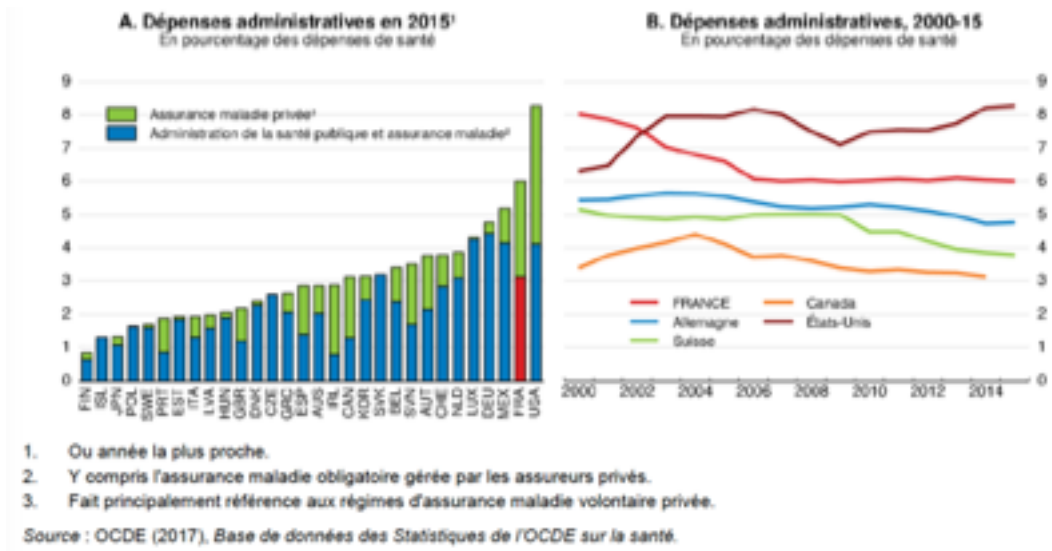
En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Evolution 2017-2018 (en %)	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 629	8 333	5 373	27 335	3,9	13,4
Soins hospitaliers	2 699	1 488	754	4 941	4,4	5,2
Soins de ville	5 765	3 602	2 511	11 877	4,1	21,6
Médecins	1 904	1 348	832	4 084	2,7	19,2
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 247	1 401	1 175	4 823	4,4	42,2
Auxiliaires médicaux	1 072	511	311	1 895	6,9	11,6
Laboratoires d'analyses	541	341	193	1 075	2,9	24,4
Médicaments	2 193	1 180	699	4 072	-0,7	12,5
Autres biens médicaux	2 863	2 009	1 391	6 263	6,1	38,8
Optique	1 998	1 620	1 128	4 746	6,6	74,2
Prothèses, orthèses, pansements, etc.	665	369	263	1 517	4,6	15,6
Transports sanitaires	110	54	19	183	4,4	3,6
Prestations connexes à la santé	921	586	283	1 790	5,4	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	710	384	106	1 201	4,2	
Prestations à la périphérie des soins de santé	211	201	87	500	8,9	

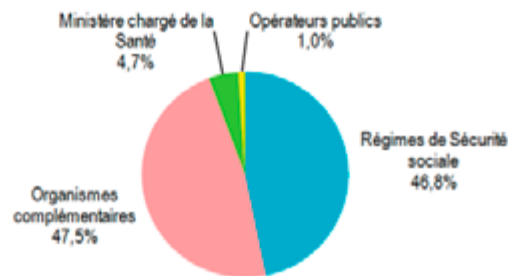
Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

Source > DREES, comptes de la santé.

Annexe 12 : Les dépenses administratives au titre de la santé

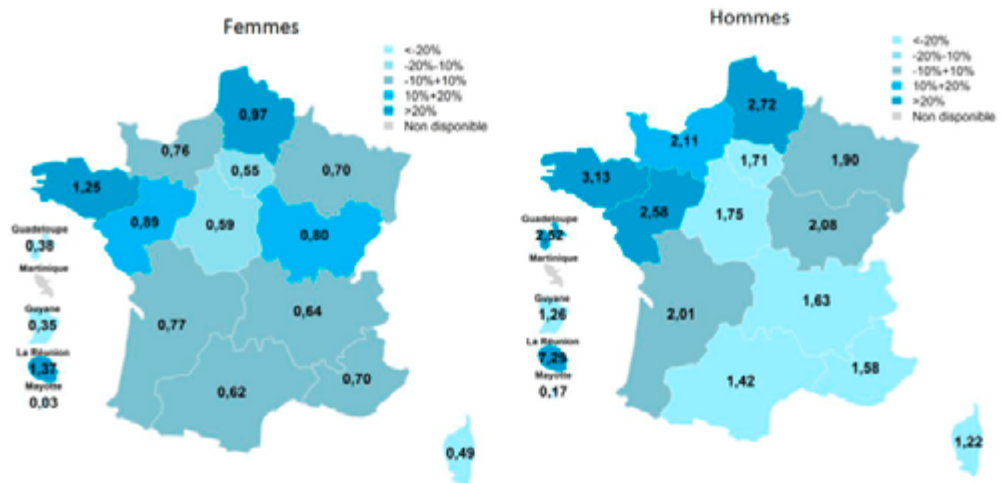


Annexe 13 : Structure des coûts de gestion du système de santé en 2018



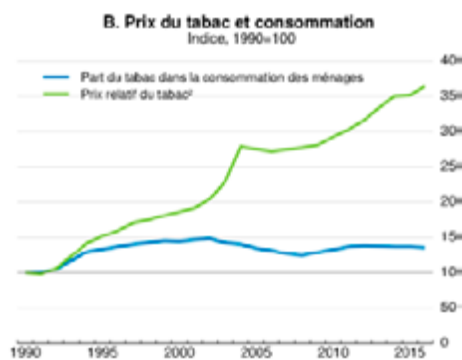
Source > DREES, comptes de la santé.

Annexe 14 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017



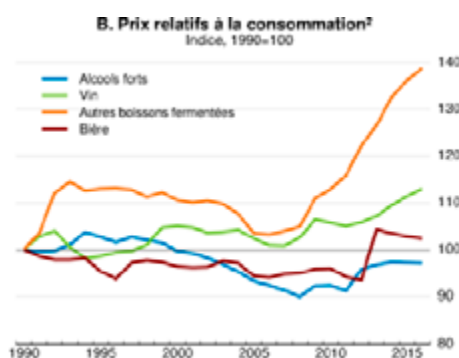
Lecture : dans les Hauts-de-France, 2,72 % des passages masculins aux urgences sont en lien avec l'alcool, un résultat supérieur de plus de 20 % à la moyenne des autres régions.

Annexe 15 : Prix du tabac et consommation (France)



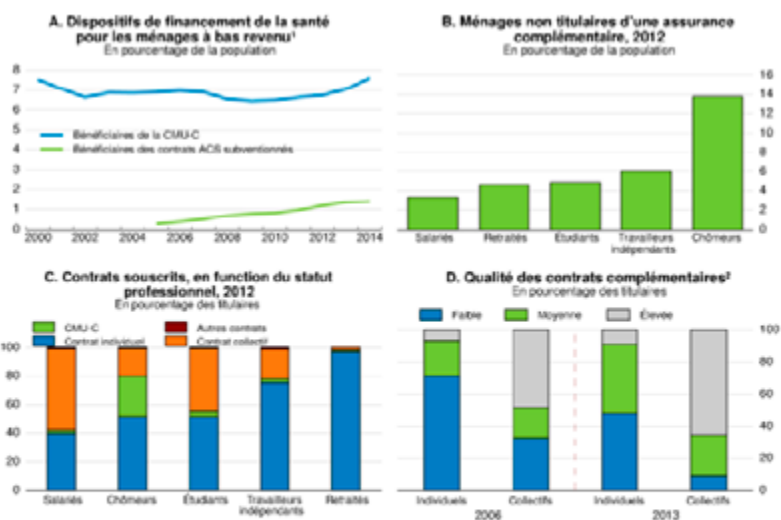
Source : OCDE, 2018.

Annexe 16 : Prix relatifs de l'alcool (France)



Source : OCDE, 2018.

Annexe 17 : Accès à la complémentaire santé



1. Une extrapolation rétrospective en 2000-2005 est appliquée aux séries des bénéficiaires de la CMU-C sur la base des données Eco-santé.
2. Le ministère de la Santé évalue la qualité des contrats selon le remboursement d'un panier de biens donnés ; un regroupement en cinq classes homogènes a été adopté, de A (remboursements les plus élevés) à E. Les contrats offrant la moins bonne couverture correspondent aux classes D et E, ceux offrant une couverture moyenne à la classe C, et ceux offrant la meilleure couverture aux classes A et B.

Source : Drees (2016), La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2016, Drees ; bases de données Eco Santé et calculs de l'OCDE.



Bibliographie

- **Babet D. et Lê J.** Une personne sur quatre a été blessée au travail au cours de sa carrière. INSEE, 2019
- **Barlet M., Gaini, M., Gonzalez, L. et al.** La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2018. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Benoît, C.** Réguler l'accès aux médicaments. Libres cours Politique. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble. 2020
- **Benoît, C. et Coron G.** Private Health Insurance in France: Between Europeanization and Collectivization The Milbank quarterly 97 (4): 1108-1150. 2019
- **Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D.** Traité de santé publique, 3ème édition. Lavoisier. 2016
- **CADUCEE.** 95 jours de délais moyen en France pour une consultation en dermatologie. 2020
- **CLEISS.** Le système de santé en France. 2020
- **Dormont B.** Supplementary health insurance and the regulation of healthcare system, In Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance. Oxford University Press. 2019

- **DREES.** À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 11,2 ans pour les femmes et à 10,1 ans pour les hommes. 2020
- **Gaudiaut T.** Le coût des systèmes de santé à travers le monde. Statista. 2019
- **Grangier J.** Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, Études et Résultats, 1077. 2018
- **Goujard, A.** France : Améliorer l'efficacité du système de santé , Documents de travail du Département des Affaires économiques de l'OCDE, n° 1455, Éditions OCDE, Paris, 2018
- **HSCP.** Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable ». 2013
- **Hutchinson JM, Patrick DM, Marra F, Ng H, Bowie WR, Heule L, Muscat M, Monnet DL.** Measurement of antibiotic consumption: A practical guide to the use of the Anatomical Therapeutic Chemical classification and Defined Daily Dose system methodology in Canada. Can J Infect Dis. 2004
- **INSEE.** Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 : comparaisons régionales et départementales. 2020
- **Legrain M., Tubiana M.** Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002
- **OCDE.** Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2019
- **OCDE.** Promoting mental health in Europe : why and how ? In : Health at a glance : Europe 2018. Paris OCDE
- **OCDE.** Fiscal Sustainability of Health Systems, Bridging Health and Finance Perspectives. Éditions OCDE, Paris, 2015
- **OCDE.** Health at a Glance 2019 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris, 2019
- **OFSP.** Combien consomme-t-on d'antibiotiques ? 2019
- **Potvin, L.** La santé publique canadienne en état de siège. Canadian Journal of Public Health, 105(6), e401-e403. 2014

- **Potvin, L., Moquet, M-J., Jones, C.** (eds.). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint- Denis, France : Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé, coll Santé en action, 2010.
- **Raynaud D.** Quels restes à charge en France ? (intervention). In : Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : comment lever les barrières de l'accès aux soins ? Actes de la journée nationale Assurance maladie du 25 novembre 2019
- **Thévenin L.** Le nombre de Français couverts par une complémentaire santé a reculé en 2018. les Echos, janvier 2019